

Tiia Hakkarainen ja Krista Sippola

”Mahdollistetaan lähipalvelut ja pidetään ne kaikkien saatavilla”

Selvitys mielenterveyskuntoutujien asumisesta ja asumispalveluista

Opinnäytetyö

Syksy 2017

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Sosionomi (AMK)



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysala

Tutkinto-ohjelma: Sosionomi (AMK)

Tekijä: Tiia Hakkarainen ja Krista Sippola

Työn nimi: Mahdollistetaan lähipalvelut ja pidetään ne kaikkien saatavilla: Selvitys mielenterveyskuntoutujien asumisesta ja asumispalveluista

Ohjaaja: Arja Hemminki

Vuosi: 2017

Sivumäärä: 72

Liitteiden lukumäärä: 3

Tämä tutkimus selvitti asumispalveluiden tilannetta Lesti- ja Perhonjokilaakson kunnissa vuonna 2017. Tutkimuksen pohjana toimii vuonna 2012 tehty Aspa-säätiön selvitysprojekti mielenterveyskuntoutujien asumisesta ja asumispalveluista ja siinä laaditut toimenpidesuosituksot olivat tutkimuskysymyksien perustana. Vuoden 2017 alussa aloittanut Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveyspalvelukuntayhtymä Soite toivoi saavansa päivityksen selvitykselle.

Tutkimuksessamme selvitimme asumispalveluiden tämän hetkistä tilannetta työntekijöiden näkökulmasta. Työntekijöiltä päädyimme kysymään sähköisen kyselomakkeen kautta, koska sillä saimme ajankohtaista tietoa siitä, onko käytäntöjä ja palveluita kehitetty ja jos on, niin miten. Kyselyn lähetimme 8 työntekijälle, joista vastasi 6 sosiaali- ja terveysalan ammattilaista. Vastaajat työskentelevät Lesti- ja Perhonjokilaakson kunnissa ja työkokemusta jokaisella oli mielenterveyskuntoutujien parissa yli kymmenen vuotta.

Opinnäytetyön toteutimme yhdistämällä laadullista eli kvalitatiivista ja määrällistä eli kvantitatiivista menetelmää. Aineiston analysoinnissa käytimme teemoittelun menetelmää. Teemoitimme vastaukset 2012 tehdyn selvityksen teemojen mukaisesti.

Tutkimuksestamme saimme laajasti tietoa Lesti- ja Perhonjokilaakson kuntien mielenterveyskuntoutujien asumisesta ja asumispalveluista. Kyselyn vastauksista on selkeästi nähtävissä alueella tapahtunut muutos parempaan suuntaan. Jokainen toimenpidesuositus on toteutunut jossain määrin, eli jonkin verran on vielä tehtävä töitä suositusten toteutumiseksi.

Kehitettävää on esimerkiksi mielenterveyskuntoutujien asumisen tukemisessa, avopalveluiden järjestämisessä sekä kuntoutujien osallisuudessa. Haasteita kehittämistyöhön tuo Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveyspalvelukuntayhtymän Soiten muutokset, taloudelliset paineet, resurssien puute sekä toimintojen keskittyminen kuntakeskuksiin.

Avainsanat: mielenterveys, mielenterveyskuntoutuja, mielenterveystyö, asumispalvelut, osallisuus

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Degree Programme in Social Services

Author/s: Tiia Hakkarainen & Krista Sippola

Title of thesis: Let us provide local services and keep them available for all! – A Report about Housing and Housing Services for Mental Health Rehabilitates

Supervisor(s): Arja Hemminki

Year: 2017

Number of pages: 72

Number of appendices: 3

In this research, we looked into the situation of housing services in Lesti- and Perhönjoki County in 2017. We used Aspa foundation's 2012-clarification project about housing and housing services of mental health rehabilitates as our basis for our research, and the formed recommended actions are the basis for our research questions. Central Ostrobothnia's Social and Health Care Municipal Group Soite that started at the beginning of 2017 requested to get an update for the earlier research.

This research investigates the current situation of housing services from the worker's perspective. An electronic survey from the perspective of workers was carried out, and thus we received topical information if they have developed the practices and services and how they have developed them. We sent the survey to eight people and six social and health care workers answered. The respondents were working in Lesti- and Perhönjoki County and they had over 10 years of experience working with mental health rehabilitates.

We carried out our thesis by combining qualitative and quantitative methods. We used the thematising method to analyse the material. We thematised the answers according to the themes of the clarification project 2012.

We obtained extensive information about housing and housing services of mental health rehabilitates in Lesti- and Perhönjoki County. The change for the better is clearly visible in the area according to our survey. Every action recommendation has been carried out to a certain degree, but there is still some work to do.

Suggestions for improvement were, for example, supporting housing for mental health rehabilitates, organizing outpatient services and involvement of rehabilitates. The development work challenges for the Central Ostrobothnia's Social and Health Care Municipal Group Soite are changes, economic pressures, lack of resources and concentration of actions in municipal centers.

Keywords: mental health, mental health rehabilitee, mental health work, housing services, involvement

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä	2
Thesis abstract	3
SISÄLTÖ	4
1 JOHDANTO	6
2 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT	7
2.1 Tutkimuksen tausta ja ajankohtaisuus.....	7
2.2 Aiheeseen liittyvät aikaisemmat tutkimukset	8
2.3 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet	9
3 MIELENTERVEYS	11
3.1 Mielenterveyden määritelmä	11
3.2 Mielenterveyden historiaa.....	12
3.3 Mielenterveyden häiriöiden synty	13
3.4 Mielenterveyden yleisiä häiriöitä.....	15
4 MIELENTERVEYSTYÖ.....	19
4.1 Mielenterveystyön käsite	19
4.2 Eettisyys mielenterveystyössä.....	21
4.3 Mielenterveystyön osa-alueita	23
4.4 Edistävä, ehkäisevä ja korjaava mielenterveystyö	24
4.5 Kuntouttava mielenterveystyö	26
4.5.1 Mielenterveyskuntoutuksessa käytettäviä menetelmiä	27
4.5.2 Mielenterveyskuntouksen tavoitteet ja tehtävät.....	30
4.6 Mielenterveyspalvelut	31
5 ASUMISPALVELUT	34
5.1 Palvelu- ja tukiasuminen.....	34
5.2 Palveluntarjonta Soiten alueella	36
5.3 Palveluntarjoajat Soiten alueella	36
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	40
6.1 Tutkimusmenetelmät	40
6.2 Tutkimusaineiston keruu.....	42
6.3 Eettisyys ja luotettavuus	44

7 TUTKIMUSTULOKSET.....	47
8 JOHTOPÄÄTÖKSET	57
9 POHDINTA.....	65
LÄHTEET	67
LIITTEET	72

1 JOHDANTO

Tutkimuksessamme tutkimme mielenterveyskuntoutujien asumista ja asumispalveluja Lesti- ja Perhonjokilaakson kunnissa. Tarkoituksenamme oli selvittää, onko asumista ja asumispalveluja kehitetty vuoden 2012 jälkeen. Selvityksen tarkoituksena on tuottaa tämän hetkistä tietoa työntekijöiden näkökulmasta mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden tilasta Lesti- ja Perhonjokilaakson kunnissa. Yhteistyötahonamme toimi Aspa-säätiö ja tietoa tuotimme Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalukuntayhtymä Soitelle. Aineiston keräsime alueella työskenteleviltä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisilta, joilla oli pitkä työkokemus mielenterveyskuntoutujien kanssa. Opinnäytetyössä käsitellään muun muassa mielenterveyskuntoutujien asumista ja asumispalveluiden järjestämistä, avotyötoimintaa ja mielenterveyskuntoutujien osallisuutta.

Opinnäytteemme tavoite oli saada tietoa siitä, miten 2012 annetut toimenpidesuositukset mielenterveyskuntoutujien asumisesta ja asumispalveluista ovat tulleet toteen Lesti- ja Perhonjokilaakson kunnissa. Tutkimuksen tavoitteena oli myös löytää niitä palvelun kohtia, joissa olisi vielä kehitettävää, sekä selvittää haasteita joita asumispalveluiden järjestämisessä on.

Opinnäytetyömme sisältää teoriaa sekä tutkimusosuuden. Teoria osuudessa käsittelemme mielenterveyttä, mielenterveystyötä sekä asumispalveluita. Tämä kokonaisuus rakentui tutkimusosuutemme pohjalta. Tämän jälkeen tutkimusosuudessamme käsittelemme aineistoa, jonka hankimme sähköisellä kyselylomakkeella. Tutkimusosuutemme pohjautuu vuonna 2012 tehdyn selvityksen toimenpidesuosituksiin ja niiden vertailemiseen.

2 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

Tässä luvussa kerromme opinnäytetyön aiheen synnystä, sen muokkautumisesta tähän muotoon sekä aiheen ajankohtaisuudesta. Sen jälkeen kerromme aiheeseen liittyvistä aikaisemmista tutkimuksista ja samaan aiheeseen liittyvistä opinnäytetöistä. Seuraavaksi tuomme esille tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteet sekä sen, mistä ja miten tutkimuskysymykset syntyivät. Viimeisessä alaluvussa on myös lopulliseen muotoonsa muovautuneet tutkimuskysymykset.

2.1 Tutkimuksen tausta ja ajankohtaisuus

Aiheen voi löytää, saada, keksiä tai synnyttää monella tavalla, mutta tutkimuksen tulisi aina lähteä liikkeelle jostakin kiinnostusta herättävästä ilmiöstä tai tehdystä havainnosta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 70–71). Opinnäytetyön aihe löytyi asumispalvelusäätiö Aspan etsiessä opiskelijoita tekemään päivitystä vuonna 2012 tehtyyn selvitykseen. Mielenterveystyön kiinnostaessa meitä kumpaakin, kysyimme lisätietoja selvityksestä ja päätimme tarttua kyseiseen aiheeseen. Aihe oli sopiva laajuudeltaan ja siitä oli saatavilla tarpeeksi tietoa, mutta tärkeää oli myös se, että aihe oli merkityksellinen. Aspa-säätiö oli tehnyt kyseisen selvityksen parantaakseen mielenterveyskuntoutujien asumista ja asumispalveluita Lesti- ja Perhonjokilaakson kunnissa. Nyt Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalvvelukuntayhtymä Soite, joka aloitti toimintansa 1.1.2017, oli tilannut Aspa-säätiöltä selvitystä nykytilanteesta. Aiheemme on ajankohtainen ja se tulee tiedoksi Soiten mielenterveyspalveluille. Ajankohtaisuudesta kertoo myös se, että Soite on kehittämässä ja muuttamassa palveluitaan ja palvelujärjestelmää, joten katsaus nykytilanteesta tulee olemaan tarpeellinen. Tutkimuksemme avulla voidaan nähdä nykytilanne asumispalveluissa ja mahdolliset kehittämiskohteet. Siinä tulevat myös esille ne asiat, joita on kehitetty toimenpidesuosittelusten mukaisesti vuoden 2012 jälkeen. Samaa aikaan Johanna Eväsoja, joka toimi projektivastaavana vuoden 2012 selvityksessä, toteutti uutta projektia Kokkolan ja Kruunupyyn alueen mielenterveyskuntoutujien asumispalveluista. Häneltä saimme paljon apua ja tukea tutkimusosuuteemme.

Tutkimus alkoi muotoutua, kun perehdyimme vuonna 2012 tehtyyn selvitykseen. Määttä (2012, 5) toteaa, että asumisen ja palvelujen tulisi perustua aina ensisijaisesti kuntoutujan tarpeisiin ja sen tavoitteena tulisi olla itsenäisin mahdollinen asumisen muoto. Määttä (2012, 6) selvityksen lähtökohtana oli tuottaa asiakaslähtöistä tietoa mielenterveyskuntoutujien asumisesta ja asumista tukevien palvelujen tarpeesta. Selvityksessä oli haastateltu asiakkaita ja heidän näkemyksiään ja kokemuksiaan asumispalveluista ja asumisesta. Tämän tutkimuksen pohjalta tehtiin toimenpidesuositukset, joiden toteutumista selvitetään opinnäytetyössämme. Hirsjärvi (2013, 23) kertoo, että tutkimuksen tekoon liittyy monia eettisiä kysymyksiä, jotka tutkijan on otettava huomioon. Tutkimuksen suunnittelussa, päädyimme haastattelemaan sähköisellä kyselylomakkeella viranhaltijoita Lesti- ja Perhonjokilaakson kunnissa, jotka työskentelivät mielenterveyskuntoutujien parissa. Viranhaltijoita päädyimme haastattelemaan, koska silloin saisimme ajankohtaista tietoa siitä, onko käytäntöjä ja palveluita kehitetty ja jos on, niin miten. Luotimme siihen, että ammatillaiset olivat kiinnostuneita tarjoamaan mahdollisimman hyviä palveluita ja kehittämään niitä.

2.2 Aiheeseen liittyvät aikaisemmat tutkimukset

Asumispalvelusäätiö Aspa on tehnyt vuodesta 2000 alkaen selvitysprojekteja, joissa on kartoitettu asumispalvelujen tarvetta yli 200 kunnassa. Nämä projektit auttavat paikallisia vammais- tai mielenterveysjärjestöjä kehittämään asumista yhdessä kuntien kanssa. Niissä kartoitetaan asumisen ja asumista tukevien palvelujen tilannetta ja tulevaisuuden tarpeita. Oleellinen osa projekteja on asukkaiden ja palvelujen käyttäjien kuuleminen ja huomioiminen. Heidän tarpeidensa pohjalta laaditaan toimenpidesuositukset palveluiden kehittämiseksi. Esimerkiksi vuoden 2012 selvitys mielenterveyskuntoutujien asumisesta Lesti- ja Perhonjokilaakson kunnissa kuuluu näihin selvitysprojekteihin. Johanna Eväsoja (2017) on myös tehnyt tähän projektiin selvityksen mielenterveyskuntoutujien asumisesta Kokkolassa ja Kruunupyyssä. (Aspa-säätiö, [viitattu 23.10.2017].)

Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluista ja asumiseen liittyvistä asioista on tehty paljon erilaisia opinnäytetöitä. Laurea-ammattikorkeakoulussa on tehty

vuonna 2013 opinnäytetyö Nuorten aikuisten mielenterveyskuntoutujien palveluasumisen sisällöstä. Block ja Jäppinen (2013, 3) selvittävät, minkälaista palveluasumista Itä-Uudenmaan alueella tarvitaan nuorille aikuisille mielenterveyskuntoutujille. Tavoitteena oli tuottaa tietoa palveluasumisen sisällöstä. Opinnäytetyöllä oli tarkoitus saada vastauksia siihen, mitä nuorille aikuisille mielenterveyskuntoutujille suunnatun palveluasumisen tulee sisältää ja minkälaista on nuorten aikuisten mielenterveyskuntoutujien mielekäs päivätoiminta. Johtopäätöksissä nousi esille palveluasumisen suuntaaminen erityisesti tietylle asiakasryhmälle, tässä tapauksessa nuorille aikuisille mielenterveyskuntoutujille, jolloin voidaan vastata asiakasryhmän erityistarpeisiin sekä mahdollistetaan tarpeenmukaisen tuen saaminen. Tärkeänä palveluiden suunnittelussa ja toteutuksessa on moniammatillinen yhteistyö ja sen kehittäminen. (Block & Jäppinen 2013, 3.)

Vaasan ammattikorkeakoulussa vuonna 2011 on tehty opinnäytetyö mielenterveyskuntoutujien kokemuksia asumistyytyväisyydestä Jansson-kodissa. Tarkoituksena tässä tutkimuksessa oli selvittää mielenterveyskuntoutujien tyytyväisyyttä asumispalvelukodin toimintaan sekä heidän kokemuksiaan asumisviihtyvyyteen vaikuttavista tekijöistä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää toiminnan kehittämisessä. Tämä tutkimus toteutettiin Vaasan seudun sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen asumispalveluita tuottavaan Jansson-kotiin. Tulosten mukaan mielenterveyskuntoutajat olivat yleisesti ottaen tyytyväisiä asumispalvelukodin toimintaan ja kaikki vastaajat viihtyivät kodissa. Asumisen taso myös koettiin hyvänä. Tutkimuksen avulla tuotettua tietoa voidaan hyödyntää toiminnan kehittämisessä ja toteutuksessa se voi vaikuttaa asumistyytyväisyyden lisääntymiseen. (Kortelainen & Perjus 2011, 2.)

2.3 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, ovatko vuonna 2012 tehdyt toimenpidesuositukset toteutuneet Lesti- ja Perhonjokilaakson kuntien mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa ja mitä kehitettävää asumisessa ja asumispalveluissa vielä on. Tutkimuksen tarkoituksena oli myös vertailla tuloksia vuoden 2012 selvitykseen ja sitä kautta selvittää onko kehitystä tapahtunut. Tavoitteena tässä tutkimuksessa

oli saada tämän hetkistä tietoa mielenterveyskuntoutujien asumisesta ja asumispalveluista työntekijöiden näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena oli myös löytää niitä palvelun kohtia, joissa olisi vielä kehitettävää ja selvittää haasteita, joita asumispalveluiden kehittämisessä on. Näiden tavoitteiden saavuttamiseen pyrimme pääsemään ammattilaisille tekemämme kyselyn, sekä Aspa-säätiön selvitysprojektien avulla.

Tutkimuksessa selvitimme asumispalveluiden tilannetta toimenpidesuosituksien avulla. Toimenpidesuosituksia on laadittu Määtän (2012) tekemän selvitysprojektin pohjalta, yhdessä ohjausryhmän kanssa selvityksen tulosten perusteella. Toimenpidesuosituksien toteuttamisesta on myös laadittu toimeenpanosuunnitelma. Pääteemoina suosituksissa oli asumisen painopisteen siirtäminen tavallisiin asuntoihin, kuntoutujien vaikutusmahdollisuuksien lisääminen, kuntoutujille ulkopuolisen toiminnan tarjoaminen, asumisratkaisujen, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmien ja palvelujen suunnitelmallisen järjestämisen pohtiminen. Näiden suositusten pohjalta kokosimme kattavan, paljon avoimia kysymyksiä sisältävän kyselyn viranhaltijoille. Kyselyhaastattelun tavoitteena oli kerätä riittävän kattava ja monipuolinen aineisto, josta kävisi ilmi, miten mielenterveyskuntoutujien asumispalveluita on kehitetty viimeisen viiden vuoden aikana ja mitä tulisi vielä kehittää. (Määttä 2012, 70–76.)

Tutkimuskysymyksiksi muodostuivat:

- Ovatko vuonna 2012 laaditut toimenpidesuosituksia toteutuneet?
- Miten toimenpidesuosituksia on toteutettu?
- Mitä kehitettävää mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa Lesti- ja Perhonjokilaakson kunnissa vielä on?
- Mitä haasteita mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden kehittämisessä on?

3 MIELENTERVEYS

Tässä luvussa määrittelemme mielenterveyttä ja mitä mielenterveyteen liittyy. Kapaleesta löytyy myös mielenterveyden historiaa sekä tietoa mielenterveyden häiriöiden synnystä, sekä hieman siitä, miten mielenterveyden häiriöitä hoidetaan.

3.1 Mielenterveyden määritelmä

Mielen hyvinvointi on ihmisen toimintakyvyn, hyvinvoinnin ja terveyden perusta. Ihmisen mielenterveys muovautuu koko elämän ajan ihmisen kehittyessä ja persoonallisuuden kasvaessa. Epäsuotuisissa olosuhteissa ihmisen mielenterveys saattaa kuitenkin horjahdella ja kulua enemmän kuin uusiutua. Mielenterveyteen liittyy useita eri tekijöitä; ihmisen yksilölliset tekijät kuten identiteetti ja itseluottamus ja sosiaaliset tekijät, perhe, työ ja koulutus. Yhteiskunnan tekijät, politiikka sekä palvelut, kulttuuriset tekijät, kuten arvot jotka yhteiskunnassa vallitsevat ja mielenterveyden sosiaaliset kriteerit. Biologisilla tekijöillä on myös vaikutus. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2014.) Mielenterveyttä voi vahvistaa ja harjoittaa. Yllämainituilla vaikuttavilla tekijöillä, kuten varhaisilla myönteisillä sosiaalisilla suhteilla, perimällä ja terveydellä, hyvällä itsetunnolla ja mahdollisuudella toteuttaa itseään sekä vuorovaikutustaidot, ovat ihmisen sisäisiä suojaavia tekijöitä. Ulkoisia suojaavia tekijöitä on koulutus, työ ja toimeentulo, mahdollisuudet vaikuttaa ja tulla kuulluksi, elinympäristön turvallisuus, yhteiskunnan helposti saavutettavat hyvinvointijärjestelmät. (Mielenterveysseura, [viitattu 9.10.2017].)

Mielenterveys on myös mielen hyvinvointia ja kykyä selviytyä arjessa. WHO (2014, [viitattu 9.10.2017]) on määritellyt, että mielenterveys on ihmisen hyvinvoinnin tila, jossa hän kykenee selviytymään arjessa ja sen haasteissa, kykenee käymään töissä sekä olemaan osa yhteisöään. Mielenterveys on siis hyvinvoinnin tila.

On tärkeää huomata mielenterveydellisistä ongelmista puhuttaessa, että sairastunut henkilö on todennäköisesti aiemmin ollut terve, ja sairastettuaan palaa takaisin normaaliin arkeen. Tärkeää on muistaa, ettei asiakkaita leimata. Sillä leimautessaan asiakkaan on hankalampaa palata takaisin yhteiskunnan jäseneksi. Mielenterveyden keskusliitto ([viitattu 9.10.2017]) on listannut käsitteitä, joita suositellaan

käytettäväksi mielenterveydestä puhuttaessa; Mielenterveyskuntoutuja on henkilö, joka on jo toipumassa ja sairaus on hallinnassa. Muita suositeltavia käsitteitä ovat mielenterveyspotilas, henkilö, jolla on mielenterveysongelma – häiriö tai psykiatrinen sairaus, psyykkisesti sairastunut, mielenterveyshäiriö, mielenterveysongelma tai psykiatrinen sairaus.

3.2 Mielenterveyden historiaa

Suomessa hyvinvointivaltion rakentaminen alkoi 1940-luvulla toisen maailmansodan jälkeen. 1950-luvulla liikkuvuus lisääntyi Suomessa, kuitenkin suurin osa ihmisistä pysyi perinteisillä synnynseuduillaan irtautumatta. Perhe, lähisuku ja ystävät olivat elämän keskipisteessä. Lapset ja vanhukset sekä sairaat pyrittiin hoitamaan lähipiirin kesken. Yhteisöjen arvot sekä normit siirtyivät sukupolvelta toiselle opetettuina. Valtio puuttui ihmisten elämään, jos joku rikkoi tai uhkasi sosiaalista järjestystä. Yhteisöt pyrkivät ohjaamaan jäseniään, ettei valtion tarvinnut puuttua. Valtion puuttuminen ihmisen elämään koettiin todella leimaavana niin yksilön, kuin koko yhteisön kannalta. Tuolloin laitoshoidon tavoite oli opettaa ihmisille tavat käyttäytyä, eli normit. Tavoitteena ei ollut ihmisen integroiminen takaisin yhteiskuntaan. (Helminen & Kauttu 1998, 27–28.)

1955 tuli voimaan uusi huoltoapulaki, joka tarkoitti, että köyhäinhoidosta voitiin päästää irti. Samalla myös yhteisöjen vastuu yhteisöjen jäsenistä poistui. Sosiaaliturvaa täytyi alkaa kehittää ihmisten muuttaessa pois yhteisöistään taajamiin. 1950-luvulla sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut rajoituivat laitoshoitoon sekä eristämiseen. Vuosikymmenen lopussa oli kuitenkin jo havaittavissa muutos. Uudet mallit kuntoutukselle sekä ehkäisevälle työlle olivat jo käytössä sotavammaisten hoitotyössä. Sotavammaisia tarvittiin yhteiskunnan uudelleen rakentamisessa, joten heihin panostettiin. Samaa mallia alettiin käyttää myös siviilien hoitotyössä. 1960-1970-luvuilla toteutettiin tehokkuusajattelua sekä suunnittelutaloutta. Vähitellen ajateltiin, että ”tieteellisellä” suunnitelmallisuudella voidaan ratkaista parhaiten yhteiskunnan ongelmia. Sairaanhoidossa vallitseva voimavarojen puute sai uskomaan, että suurilla yksiköillä, keskussairaaloilla sekä piirimielisairaaloilla vastataan parhaiten hoi-

don tarpeisiin. Tuolloin valmistui nopeasti monia sairaaloita. 1962 julkaistussa ensimmäisessä Mielenterveyslehden numerossa kerrottiin kuuden mielisairaalan vihkimisestä. Samaan ajanjaksoon ajoittui myös sairasturvakuutuslain (L 4.7.1964/364) sekä kansanterveyslain (L 28.1.1972/66) säätäminen. Näiden myötä siirryttiin moniin ilmaisiin palveluihin tavoitteena tasa-arvo. Sairaalahoitoa sekä kansanterveystyötä pohdittiin uudelleen ja alettiin kannattaa avohuoltoa. (Helminen & Kauttu 1998, 27–29.)

Työntekijät alkoivat pian puhua kutsumuksen ohella ammatillisuudesta työssä. Työntekijät terveydenhuollon saralla alkoivat edunvalvonnallisessa ajattelussa lähestyä työväestöä. Pikkuhiljaa valtion ja kuntien työssä alkoivat lisääntyä koulutetut sosiaali- ja terveysalan työntekijät. Sosiaali- ja terveysalan työntekijät vaikuttivat yhteiskunnan tasolla asenne- sekä kulttuurimuutoksiin. Vähitellen hyvinvointisektoria alettiin kritisoida. Arvostelua edisti lama 1970-luvulla. Menot kasvoivat vielä 1980-luvulla, jolloin toteutettiin kokonaisuudistus sosiaalihuollossa, entinen huoltoapu korvattiin toimeentulotuella. Lama 1990-luvulla aiheutti julkisen sektorin menojen supistamisen. Terveyspalveluiden supistaminen aiheutti palveluiden yksityistämistä sekä mielenterveyspaikkojen siirtämistä avopalveluiksi. (Helminen & Kauttu 1998, 29–30.)

3.3 Mielenterveyden häiriöiden synty

Joka vuosi Suomessa puolitoista prosenttia ihmisistä sairastuu mielenterveyden häiriöön. Joka viides sairastaa mielenterveyden häiriötä tällä hetkellä. Mielenterveyden häiriöön liittyy psyykkisiä oireita. Mielenterveyden häiriö syntyy monesta samanaikaisesta oireesta. Mielenterveyden häiriöiden oireita voi olla vaikea hahmottaa normaaliin elämään kuuluvista tunnetiloista; pettymyksen jälkitilasta, tilapäisestä henkisestä pahasta olostai ihmissuhdekriisistä johtuvasta ärtymyksestä. Kuitenkin jos tunteet pitkittyvät tai aiheuttavat toimintakyvyn laskua, voivat oireet olla mielenterveyden häiriöitä. Vakavimmat häiriöt voivat viedä toimintakyvyn kokonaan ja sulkea ihmisen yhteiskunnan ulkopuolelle ja sulkea myös sosiaalisten suhteiden ulkopuolelle, kun taas lievemmat häiriöt voivat mennä ohi itsestään. Yleensä sairast-

tuneet ovat itse tietoisia häiriöstään. Joillekin häiriöille ominaista on, että sairastuneet eivät näe häiriön ongelmaa itsessään, vaan näkevät ongelmat ympäristössä. (Vuorilehto ym. 2014, 106.)

Jonkin verran on tietoa siitä, mikä mielenterveyden häiriöitä aiheuttaa. Kuitenkaan kaikki, jotka ovat kasvaneet altistavissa olosuhteissa eivät sairastu mielenterveyden häiriöihin. Osa ihmisistä, joiden ympäristö kasvaa on ollutkin suotuisa, sairastuvat mielenterveyden ongelmiin. Biologiset tekijät, ympäristö, kulttuuri, elämäntapahtumat sekä elintavat muodostavat verkoston, joka voi joko sairastuttaa tai luoda suojan mielenterveyden ongelmille. Ne toimivat yhdessä monimutkaisesti koko ajan. (Vuorilehto ym. 2014, 106.)

Psykiatriset häiriöt näkyvät yleensä perheittäin; isovanhempien ja vanhempien mielenterveyshäiriöt antavat helpomman kasvualustan lapsen sairastumiselle. Vanhemman sairastaessa masennusta on lapsella kolminkertainen riski sairastua myös. Masennus voi hyppiä myös yli sukupolvien, joten isovanhemman masennuksella on vaikutus lapsenlapsen. Perimällä täten näyttää olevan jonkinlainen vaikutus sairastumiseen. Kuitenkaan ei ole yksittäistä geeniä, jolla sairastumista voitaisiin mitata. Esimerkiksi masennukseen ja bipolaariseen häiriöön eli kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön vaikuttavat monet eri geenit. Jotkut geenit vaikuttavat usean eri häiriön syntyyn. Biologisen vanhemman sairastaminen vaikuttaa adoptioperheessä kasvaneen lapsen sairastamiseen myös. Ympäristön ja perimän vaikutukset eivät ole toisistaan riippumattomia. Lapset joiden vanhemmat sairastavat psykiatrisia sairauksia, ovat usein myös altistuneet huonolle kasvuympäristölle. (Vuorilehto ym. 2014, 106–107.)

Sairastuminen voi riippua myös kasvuympäristön ja perimän yhteisestä vaikutuksesta. Ympäristötekijöillä on kyky säädellä, vaikuttaako jokin geeni vai jääkö se hiljaiseksi. Mielenterveyden häiriöihin sairastumisessa on kyse monesta tekijästä. Stressi on usein mielenterveyden häiriön laukaiseva tekijä, jolle muut tekijät ovat jo luoneet pohjaa. Myöskään aivoja, jotka ovat terveet ei tunneta vielä hyvin. Tieto siitä, miten perimä sekä ympäristö vaikuttavat mielenterveyden ongelmiin edistävää ennaltaehkäisevän työn tärkeyttä. Perheissä, joissa on paljon mielenterveyden häiriöitä, tulisi vahvistaa suojaavia tekijöitä ja heille tulisi antaa varhaista apua ja tukea. (Vuorilehto ym. 2014, 107.)

3.4 Mielenterveyden yleisiä häiriöitä

Mielenterveydelliset ongelmat ovat iso sairausryhmä. Häiriöiden hoitoon kuuluu paljon yhteisiä piirteitä, potilaan itsehoidon tukeminen ja psykoedukaatio. Mielenterveyden häiriöt muistuttavat usein toisiaan, mutta ne kuitenkin pyritään erottelemaan oikean hoidon saamiseksi sekä oikeanlaisten tutkimusten edistämiseksi. Yleensä fyysisten sairauksien diagnoosit ovat tarkkoja, esimerkiksi streptokokkitonsilliitti on angiina eli nielurisojen tulehdus. Sen aiheuttaa streptokokkibakteeri ja sitä hoetaan antibiooteilla. Oikealla hoidolla se paranee nopeasti ja hyvin. Kuitenkin esimerkiksi depressiosta tiedetään, että se aiheutuu monista eri tekijöistä. Sitä voidaan hoitaa monin eri tavoin, mutta hoitojen tehosta yksittäiseen ihmiseen ei ole takuuta. (Vuorilehto ym. 2014, 139.)

Mielenterveyden häiriöiden tapa syntyä on vielä kovin tuntematon, niiden aiheuttajan diagnooseja on vain joitakin. Psykkisistä sairauksista suurin osa perustuu vain häiriön kuvaukseen. Erilaisten oireiden yhdistelmät on pyritty erottelemaan toisistaan, että ne kuvaisivat mahdollisen sairauden kulkua todenmukaisesti. Yksi ihminen voi sairastaa useampaa mielenterveyden häiriötä yhtä aikaa, eli hänellä on useampi samanaikainen diagnoosi. Diagnoosit syntyvät asiantuntijoiden sopimuksina ja nämä sopimukset muovautuvat sitä mukaa kun tiede tuo niistä uutta näkemystä. Diagnoosit eivät määrittele ihmistä vaan sairautta joka vaikuttaa ihmisen elämään. Diagnoosien ulkopuolelle jää kaikki tieto ihmisen elämänhistoriasta, ihmissuhteista, ratkaisukyvystä ja elämänarvoista. Mielenterveyden diagnoosit kertovat mielenterveyden häiriöistä ja niiden oireista psykiatrian näkökulmasta. Diagnoosit auttavat oikean hoidon löytymistä, sekä oikean diagnoosin löytyessä se tukee myös ihmisen omaa toipumista, sillä ihminen voi etsiä itse tietoa ja edistää toipumista tällä tavoin. Suomessa mielenterveyden häiriöt luokitellaan WHO:n ICD-10-tautiluokitukseen. Amerikassa ja tieteellisissä tutkimuksissa käytetään DSM5 luokittelua. (Vuorilehto ym. 2014, 139–140.)

Vuorilehto ym. (2014, 141–142) kertovat mielialahäiriöt-termin olevan nimitys sairauksille, joissa tavallista on mielialan muutokset. Depressio on mielialahäiriöistä tavallisin. Depressio vastaa ICD-10-tautiluokituksessa vakava masennustila-diagnoosia. Depressioon sairastutaan useimmiten murrosikäisenä. Sen jälkeen siihen voi sairastua minkä ikäisenä tahansa. Se on naisilla yleisempää kuin miehillä. Syytä

sukupuolten väliseen eroon ei tiedetä. Depression synnyn taustalla on yleensä lapsuuden ja nuoruuden stressitekijöitä tai traumoja ja perinnöllistä alttiutta. Depressiota esiintyy useimmiten niillä ihmisillä, joiden persoonaan liittyy ajattelutapoja, jotka altistavat ihmissuhdeongelmille sekä elämänhallinnan puutteelle. Depressio on oireyhtymä. Oireiden yhdistelmä voi olla erilainen eri ihmisillä. Diagnoosiin liittyviä oireita ovat jatkuva alakuloisuus, kiinnostuksen ja mielihyvän puute ja jatkuva uupunut olo. Tavallisia oireita ovat myös unen ongelmat ja vaikeudet keskittyä. Myös Turtonen (2006, 13) kommentoi samoin depression syntyä ja siihen altistavia tekijöitä.

Ahdistuneisuushäiriöt tarkoittavat pitkään jatkunutta, suhteetonta elämää häiritsevää ahdistuneisuutta. Pitkään jatkuva ahdistus voi aiheuttaa ihmisille päihdeongelmia kuten myös masennusta. (Turtonen 2006, 16.) Ahdistus on ihmiskunnan elinehto ja tunne, joka on sen säilymisestäkin huolehtinut. Vaaran tunnistaessa se nostaa pelon ja hädän. Ahdistus on se, joka valmistaa kehomme ja mieleemme reagoimaan oikein vaaran sattuessa. Taistele tai pakene ovat ne ratkaisut, joita ahdistus antaa. Ongelman ahdistuksesta tekee, jos se aiheuttaa taistelu tai pakenemistilanteen silloin, kun siihen ei ole tarvetta. Lentokoneessa ihminen ei esimerkiksi tarvitse itsensä pelastamiskeinoja. Ahdistuksen oireita ovat monet mielen hätätilasta kertovat tunteet, hätä, pelko, huoli, jännittyneisyys, ylivalppaus, ärtyneisyys ja vaikeus rentoutua. Ahdistus tuo myös fyysisiä oireita, jotka laukaisee stressihormoni. Näitä oireita ovat sydämen lyöntien nopeutuminen, rinnan puristus, hengen ahdistus, käsien ja jalkojen vapina tai hikoilu. (Vuorilehto ym. 2014, 149.)

Ahdistuneisuushäiriössä ihmisen vireystilaa ylläpitävässä säätelyjärjestelmässä on häiriö. Tällöin ahdistuksesta tulee elämää ja toimintakykyä haittaava tekijä. Vireystila kytkeytyy päälle joko liian helposti tai sitten se ei kytkeydy pois laisinkaan. Ihmisen ylläpitävän säätelyjärjestelmän herkkyyks voi olla periytyvää. Ahdistuneisuushäiriötä sairastavat ihmiset ovat herkempiä aistimaan ympäristöään, vaaran merkkejä voi löytyä herkästi. Tällainen taipumus on voinut herkästi syntyä esimerkiksi lapsuudessa pelastautumiskeinoksi. Ahdistuneisuushäiriötä, johon liittyy myös muita mielenterveyden ongelmia, hoidetaan päätoimisesti erikoissairaanhoidossa. Suurin osa ahdistuneisuushäiriöistä hoidetaan perusterveydenhuollossa. Mielenterveydenhäiriöitä, jotka ilmenevät ahdistuneisuutena ovat: yleistynyt ahdistuneisuus,

sosiaalisten tilanteiden pelko, paniikkihäiriöt, pelot, pakko-oireiset häiriöt ja trauma-peräiset häiriöt. (Vuorilehto ym. 2014, 150.)

Yleinen ahdistuneisuushäiriö on tavallinen sairaus, joka alkaa yleensä nuorella ikää. Kuten masennusta, sitä on naisilla useammin kuin miehillä. Häiriötä sairastava on usein tottunut omaan huolestuneisuuteensa, eikä välttämättä huomaa sen olevan sairaus, ennen kuin elämässä tapahtuu suurempi kriisi, jonka myötä ahdistuneisuus on niin valtavaa, että sen käsittelyyn tarvitsee apua. Ahdistuneisuushäiriötä sairastavat ihmiset sairastuvat herkemmin masentuneisuuteen sekä herkemmin turvautuvat päihteisiin. Voimakas jatkuva ahdistuneisuus altistaa myös herkästi paniikkihäiriöille. (Vuorilehto ym. 2014, 152.)

Psykoosi tarkoittaa vakavaa todellisuudentajun häiriintymistä. Se voi ilmetä, aistiharhoina, harhaluuloisuutena, puheen huomattavana hajanaisuutena tai erikoisena käytöksenä. Psykoosisairauksista skitsofrenia on vakavin. Skitsoaffektiivinen häiriö luetaan myös psykoottisiin häiriöihin. Skitsoaffektiivisen häiriön aikana ilmenee skitsofreniatyypisiä oireita, lisäksi maniaa sekä depressiota. Harhaluuloisuushäiriössä ihmisellä yleensä säilyy toimintakyky paremmin kuin edellä mainituissa. Ohimenevät psykoottiset häiriöt voivat kestää muutamista tunteista kuukausiin. Yleensä ne liittyvät vakavaan psyykkiseen traumaan, kuten suuronnettomuuteen, taloudelliseen katastrofiin tai läheisen kuolemaan. (Vuorilehto ym. 2014, 198.)

Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä voi esiintyä myös psykoottisuutta. Psykoosioireet tällöin liittyvät maniavaiheisiin tai depressiovaiheisiin. Depressiokin voi olla psykoottinen, silloin harhaluulot poikkeavat skitsofrenian tyypisistä harhaluuloista. Depression psykoottisuus on todella synkkä ja liittyvät esimerkiksi omaan kehoon, ihmisellä voi olla tunne esimerkiksi omien sisäelinten mätänemisestä. Psykoottiset ajatukset voivat olla kovan syyllisyyden tunteita, tunne esimerkiksi siitä, että on aiheuttanut jonkun kuoleman. Psykoosin voi aiheuttaa ruumiillinen sairaus, elimellinen psykoottisuus syntyy esimerkiksi aivosairauksista, infektiosta tai nestetasapainon häiriöistä ja lääkkeiden sekä päihteiden käytön seurauksena. Vanhuksilla elimelliset psykoosit ovat tyypillisiä. Sairauden nopea hoito tasapainottaa tilanteen. Psykoottisia häiriöitä on edellä mainittu skitsofrenia, harhaluuloisuushäiriö ja skitsoaffektiivinen häiriö. Myös psykoottinen mania, psykoottinen depressio, ohimenevä psykoottinen reaktio, elimellinen psykoosi, lääkkeiden aiheuttama psykoosi ja

päihteiden aiheuttama psykoosi ovat psykoottisia häiriöitä. (Vuorilehto ym. 2014, 168–169.) Psykoosisairauksien ja häiriöiden hoito koostuu useista eri psykoterapeuttisista hoidoista, sosiaalisesta kuntoutuksesta ja lääkehoidosta. (Huttunen 2015, [viitattu 3.11.2017].)

Elintavoilla on merkitystä myös mielenhyvinvoinnin tukemisessa samalla tavoin kuin fyysisen terveyden. Terveelliset elintavat tuottavat hyvinvointia, joka tukee stressaavissa elämätilanteissa. Henkilöt, joilla on mielenterveyden häiriöitä, tarvitsevat vielä tarkempaa ohjausta elämäntavoissa kuin ne jotka eivät sairasta. Säännöllisellä ruokavaliolla, liikunnalla ja savuttomuudella saa aikaan positiivisia tuntemuksia itsensä ja kehossaan, sillä ne auttavat alentuneeseen mielialaan ja väsymykseen. Näitä tunteita voi olla, vaikka ei mielenterveysongelmista kärsisikään. Skitsofreniaa sairastavilla elinikä on arvioitu olevan 15-20 vuotta lyhyempi kuin terveillä ihmisillä. Skitsofreniaa sairastavilla on yleisemmin sairauksia joihin elintavat vaikuttavat, sydän – ja verisuonitaudit, diabetes, metabolinen oireyhtymä sekä osteoporoosi. Mielenterveydellisistä ongelmista kärsivillä on myös oikeus hyvään terveyteen ja tietoon siitä, miten sen voi saavuttaa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, elintavat ja mielen-terveyshäiriöt, [viitattu 24.10.2017].)

4 MIELENTERVEYSTYÖ

Tässä luvussa käsittelemme mielenterveystyötä käsitteenä ja siihen kuuluvia eri osa-alueita kuten esimerkiksi edistävää, ehkäisevää ja korjaavaa mielenterveystyötä. Sen lisäksi tarkastelemme etiikan näkökulmaa ja perehdymme laajasti kuntouttavaan mielenterveystyöhön ja siihen millaisia palveluja on tarjolla.

4.1 Mielenterveystyön käsite

Lähtökohtana mielenterveystyössä on tieteelliseen tietoon perustuva kokonaisnäkemys ihmisestä. Päämääränä on luoda hyvä perusta yksilön, perheen ja koko yhteiskunnan hyvinvoinnille tekemällä työtä mahdollisimman laaja-alaisesti ja yrittäen tavoittaa kaikki kansalaiset. Valtakunnan tasolla mielenterveystyötä voidaan määrittää kansalaisten elinolojen, perusturvan ja hyvinvointipalveluiden tasapuoliseksi turvaamiseksi, jossa toiminta perustuu ihmisoikeuksien kunnioittamiseen ja eettiseen päätöksentekoon. Kansalaisten hyvinvointiin vaikuttavat myös lähialueiden tilanteet ja maailmanlaajuiset kysymykset, kuten sodat, pakolaisuus, sairaudet, huumet ja luonnonkatastrofit. Tähän voidaan lisätä myös Euroopassa tällä hetkellä tapahtuvat terroriteot, jotka vaikuttavat jokaiseen kansalaiseen esimerkiksi pelon, vihan tai ahdistuksen tunteina. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2010, 44–55.)

Mielenterveyslain mukaan (L 14.12.1990/1116) 1 § määrittellään mielenterveystyö tarkoittamaan ensisijaisesti yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielenterveyspalvelut ovat siis tarkoitettu juurikin tälle ihmisryhmälle, joka kärsii eri sairauksista tai häiriöistä. Pelkän sairauden hoidon lisäksi mielenterveystyöhön kuuluu myös elinolosuhteiden kehittäminen niin, että olosuhteet ehkäisisivät mielenterveydenhäiriöitä, edistäisivät mielenterveystyötä ja tukisivat mielenterveyspalveluiden järjestämistä. Laissa myös sanotaan, että kunnan tai kuntaliiton on huolehdittava, että mielenterveyspalvelut järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan kunnan tai kuntaliiton tarpeen mukaan ja ne ovat ensisijaisesti avopalveluja. Eri toimijoiden tulee varmistua siitä, että palveluista muodostuu toiminnallinen kokonaisuus, mikä edistää oma-aloitteista hoitoon

hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista tuettunakin. Laissa määritellään, että riittävän hoidon ja palvelujen ohella tulee kuntalaisille järjestää tarvittaessa lääkinnälliseen ja sosiaaliseen kuntoutukseen liittyvää tuki- ja palveluasumista. Mielenterveys-työn yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle. Kun taas aluehallintovirastolle kuuluvat mielenterveystyön suunnittelu, ohjaus ja valvonta toimialueillaan.

Laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (L 22.9.2000/812) 4 § to-
detaan asiakkaalla olevan oikeus laadultaan hyvään sosiaalihuoltoon. Sosiaalihuol-
lon toteuttajalta vaaditaan asiakkaan hyvää kohtelua ilman syrjintää sekä, että hä-
nen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. On myös otettava huomioon
asiakkaan toivomukset, mielipide, etu ja yksilölliset tarpeet sekä hänen äidinkie-
lensä ja kulttuuritaustansa. Nämä asiat pätevät mielenterveystyön jokaisella osa-
alueella. Lain 7 § määrittää, että sosiaalihuoltoa toteutettaessa on laadittava pal-
velu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma, jollei kyseessä ole tilapäinen
neuvonta ja ohjaus tai jollei suunnitelman laatiminen muutoin ole ilmeisen tarpee-
tonta. Suunnitelma tulee laatia yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa.

Vuorilehto ym. (2014, 54–55) kertovat teoksessaan, että asiakaskeskeisyys on tär-
kein hoitoon ja palveluun kuuluva ominaisuus. Se tarkoittaa asiakkaan osallisuuden
mahdollistamista ja hoidon tai palvelun yksilöllisyyttä, johon liitetään näkemys, että
asiakas on rajoituksineen ja mahdollisuuksineen hoidon lähtökohta. Asiakaskeskei-
syyden toteutuminen ammattilaisen toiminnassa edellyttää, että on oltava käsitys
niistä eettisistä ja ammatillisista perusteista, joilla työtä tehdään. Mielenterveystyön
ammattilainen tarvitsee sekä asiakaskeskeisiä, että asiantuntijakeskeisiä vuorovai-
kutustaitoja, jotka näkyvät ammattilaisen kykynä vaihtaa keskustelussa joustavasti
vuorovaikutuksen painotusta sisällön mukaan. Asiakaskeskeisessä vuorovaikutuk-
sessa asiakas on oman elämänsä paras asiantuntija. Silloin asiantuntijan rooli on
neutraali ja myötäilevä, eikä hän korosta hierarkkisuutta ja omaa tietämistään.

Mielenterveystyön ajatellaan usein kansalaisten silmin olevan sairauksien hoita-
mista, mutta tärkein painopiste on kuitenkin mielenterveyden edistämisessä. Mie-
lenterveyden edistämisen kohteena ei ole vain yksittäinen ihminen, vaan myös per-
heet ja yhteisöt pyritään ottamaan mukaan erilaisine ryhmineen. Mielenterveystyön

yksi tavoitteista on pyrkiä kehittämään väestön elinolosuhteita niin, että se ennaltaehkäisisi mielenterveydenhäiriöiden syntyä. Tähän pyritään kehittämällä koko ajan mielenterveystyötä ja –palveluita. Kuhanen ym. (2012, 25–26) nostavat teoksessaan esille lasten ja nuorten psykososiaalisen oireilun, kasvavan alkoholinkulutuksen sekä työikäisen väestön masennusoireilun kansanterveydellisiksi haasteiksi mielenterveystyössä. Nämä tuovat uusia haasteita työhön ja luovat tarpeen työn kehittämiseksi entistä enemmän. Terveiden edistämiseksi tulisi keskittyä ihmisten vahvuuksiin ja voimavaroihin, vahvistaa pärjäävyyttä ja lisätä suojaavia ulkoisia tekijöitä. Yhteiskunnassa tulisi siis edistää henkistä hyvinvointia tiedon lisäämisellä mielenterveyden tärkeydestä, taistella häpeää, syrjintää ja sosiaalista eristäytymistä vastaan. Tämän toteuttamiseksi sairastuneiden hoidossa tulisi tarjota kattavia ja tehokkaita palveluja ja interventioita, joissa palveluiden käyttäjät ja heidän läheisensä voisivat olla aktiivisesti mukana ja käyttää valintaoikeuttaan. Palveluiden suunnittelussa ja kehittämisessä tulisi ottaa huomioon asiakkaiden ja heidän läheistensä kokemukset ja asiantuntijuus.

4.2 Eettisyys mielenterveystyössä

Eettisyys kulkee käsikädessä mielenterveystyössä ja työntekijän tulee noudattaa toiminnassaan asiakkaan oikeuksia koskevaa lainsäädäntöä sekä toimia mielenterveyslain ja asetuksen säätämällä tavalla. Perustana ammattilaisen eettiseen osaamiseen on, että hän on tietoinen omista arvoistaan ja pyrkii selkiyttämään omaa hoitotyön filosofiaansa. Eettinen osaaminen edellyttää herkkyyttä havainnoida eettisiä tilanteita ja kysymyksiä sekä osata pohtia niitä. Eettiseen osaamiseen keskeisesti liittyvä päätöksenteko perustuvat lainsäädännön eettisten ohjeiden ja periaatteiden tuntemiseen sekä tiedostamiseen. Näiden perusteella ammattilaisen tulee osata toimia leimautumisen eli stigman ja syrjäytymisen estämiseksi ja vähentämiseksi. Heidän tulee toiminnallaan edistää erilaisuuden ymmärtämistä ja suvaitsevaisuutta yhteiskunnassa. (Kuhanen ym. 2012, 54–58.)

Vuorilehto ym. (2014, 54–56) toteavat teoksessaan, että mielenterveystyön etiikka liittyy sekä mielenterveysongelmien ominaisuuksiin, että ammattilaisen ja asiakkaan vuorovaikutuksen erityislaatuisuuteen. Mielenterveyden ongelmat lisäävät ihmisen

haavoittuvuutta, esimerkiksi skitsofrenia voi aiheuttaa ajattelun ja päätöksenteon vaikeuksia. Tässä tapauksessa on ammattilaisen eettistä tukea häntä oman tahdonsa ja mielipiteensä ilmaisemiseen hoitopäätöksissä. Eettisiä ongelmia esiintyy myös mielenterveystyössä ja yksi niistä on työntekijän mahdollisuus käyttää valtaa asiakasta koskevista asioista. Ensisijaisesti asiakas päättää itse omista asioistaan ja hoitajan tehtävä on tukea aktiivisuutta oman elämän hallinnassa. Kuitenkin hoidossa tarvitaan rajoitteita ja niiden käyttö pitää perustella hoidollisesti ja läpinäkyvästi. Ammattilaisen tulee olla tietoinen asiakkaiden perustuslaillisesta itsemääräämisoikeudesta ja miten siihen voi puuttua. Mielenterveystyön kentällä on tärkeää käydä avointa keskustelua eettisten periaatteiden toteutumisesta. Rajoittavista toimenpiteistä ei saa tulla mielivaltaisia, vaan mielenterveyspotilaan ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta pitää aina kunnioittaa.

Toisena eettisenä ongelmana voidaan nähdä tahdosta riippumattoman hoidon prosessi. Mielenterveystyössä pyritään aina siihen, että jokainen asiakas pääsee elämäntilanteensa ja ongelmiansa kannalta tarkoituksenmukaiseen tutkimukseen ja hoitoon. Hoito tulee toteuttaa aina ensisijaisesti avohoitona, mutta potilaan on myös päästävä tarvittaessa psykiatriseen sairaalahoitoon tilanteen niin vaatiessa. Vaikka mielenterveystyössä on aina lähtökohtana asiakkaan itsemääräämisoikeus, ei tämän periaatteen mukaisesti voida aina toimia. Kun asiakas ei ymmärrä olevansa sairas ja kun hän on yhteistyökyvytön eikä hänellä ole realistista kuvaa ongelmiansa vaikeusasteesta ja hoidon tarpeesta, on turvauduttava tahdosta riippumattomaan hoitoon. Ihmisen vapautteen ja koskemattomuuteen puuttumisen tulee aina perustua lakiin. Ketään ei voida määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon, ellei näin ole laissa erikseen säädetty. Mielenterveyslaissa (L 1990/1116/8§) 8§ säädetään hoitoon määräämisen edellytyksistä, joiden pohjalta voidaan henkilö määrätä tahdosta riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon. Edellytyksenä on, että henkilön todetaan olevan mielisairas, jonka vuoksi hän on hoidon tarpeessa. Henkilön hoitoon menemättömyys olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan tai muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta. Lisäksi jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä, voidaan henkilö määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon. (Kuhanen ym. 2012, 54–70.)

4.3 Mielenterveystyön osa-alueita

Suomen perustuslain (L 11.6.1999/731) 19 § sanotaan, että jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Perustuslailla taataan jokaiselle oikeus perustoimeentulon turvaan, esimerkiksi työttömyyden, sairauden tai työkyvyttömyyden perusteella. Siinä myös todetaan, että Suomessa julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Julkisen vallan tehtävä on myös edistää jokaisen oikeutta asuntoon ja tukea asumisen oimista järjestämistä.

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksessä (2004, 20–22) mielenterveystyöstä Euroopassa todetaan, että jokaisella maalla tulisi olla mielenterveyspolitiikka, joka on tehokkaasti integroitu maan yleisiin terveydenhuollon toimintalinjoihin kansallisella, alueellisella ja paikallisella tasolla. Jokaisella Euroopan maalla on omat erityistarpeensa, voimavararajoitteensa ja haasteensa, mutta on olemassa kaikille maille yhteisiä linjauksia, joilla edistetään kansalaisten mielenterveyttä. Tulee kuitenkin muistaa, että väestön mielenterveys ei riipu vain sosiaali- ja terveystalitiikasta. Tämän vuoksi on tärkeää varmistaa, että kaikki hallinnonalat ovat perillä mielenterveyden merkityksestä väestölle. Seuraavaksi kuvataan eri osa-alueiden yhteyttä mielenterveyteen.

Työllä, työttömyydellä ja työelämän erikoisolosuhteilla on osoitettu olevan merkittävä vaikutus mielenterveyteen ja mielenterveyspalvelujen käyttöön. Sairastuvuus on yleisempää työttömillä, koska työpaikat ovat keskeinen ympäristö niin psyykkisen kuin fyysisenkin terveyden edistämiseksi. Puutteellisella **koulutuksella** on vaikutusta mielenterveysongelmiin ja sosiaaliseen syrjäytymiseen, joka saattaa myös johtaa vaikeuksiin saada töitä ja luoda sosiaalisia verkostoja. Koulujen tulisi tämän takia sitoutua edistämään ja vaalimaan oppilaiden, opettajien ja muun henkilökunnan psyykkistä ja fyysistä terveyttä. Heikon **asumistason** on myös osoitettu kytkeytyvän mielenterveyden ongelmiin. Tämän takia tulisi kehittää erilaisia asumisratkaisuja, jotta saataisiin asunnottomuus vähenemään ja sitä kautta myös mielenterveyttä kohentumaan. **Ympäristöllä** on myös vaikutusta mielenterveyteen. Haasteena on taata fyysisesti ja psyykkisesti hyvä ja terveellinen ympäristö, jossa pyrit-

täisiin minimoimaan mielenterveyteen negatiivisesti vaikuttavia häiritseviä tekijöitä. Kansan mielenterveyteen myönteisesti vaikuttavista tekijöistä yksi suurimmista on **tasa-arvon** toteutuminen ja syrjinnän poistaminen. EU on kieltänyt kaikenlaisen syrjinnän sukupuolen, rodun, ihonvärin, etnisen tai sosiaalisen alkuperän, perinnöllisten ominaisuuksien, kielen, uskonnon tai vakaumuksen, poliittisen tai muun mielipiteen, kansalliseen vähemmistöön kuulumisen, omaisuuden, syntyperän, vamman, iän tai seksuaalisen suuntautumisen takia. (Lavikainen, Lahtinen & Lehtinen 2004, 20–22.)

Maailman terveysjärjestö WHO:n (2008, [viitattu 26.9.2017]) Euroopan mielenterveysjulistuksessa ja toimintasuunnitelmassa määriteltiin mielenterveystyön edistämistä, stigman eli leiman, sosiaalisen syrjäytymisen ja syrjinnän poistamista sekä mielenterveysongelmien ehkäisemistä. Nämä asiat tulee jäsenmaiden pitää etusijalla sosiaali- ja terveyspolitiikoissaan sekä ottaa huomioon julkisen politiikan mahdolliset vaikutukset koskien kansalaisten mielenterveyttä ja sen edistämistä. Julistuksessa tärkeänä pidettiin kansalaisten tietoisuuden lisäämistä mielenterveysongelmista ja niiden hoidosta. Tämä sen takia, että tiedon puute koskien mielenterveyssairauksia, niiden oireita ja reagointikykyä hoitoihin, johtaa usein ennakkoluuloihin mielenterveysongelmista kärsiviä ihmisiä kohtaan. Muita tässä julistuksessa nostettuja asioita oli mielenterveyden huomioon ottamista ja edistämistä koulutuksessa, työelämässä sekä yhteisöissä. Jäsenmaat myös lupautuivat poistamaan leimautumista ja syrjintää sekä ehkäisemään riskitekijöitä, masennusta ja itsemurhia.

4.4 Edistävä, ehkäisevä ja korjaava mielenterveystyö

Mielenterveystyötä voidaan jakaa sen perusteella, mihin mielenterveystyöllä pyritään ja millainen tilanne asiakkaalla sillä hetkellä on, kun hän palveluiden piiriin tulee. Edistävä mielenterveystyö (primaaripreventio) tähtää yhteiskunnallisten ja yksilöllisten tekijöiden tunnistamiseen ja voimistamiseen. Sen avulla pyritään edistämään ja vahvistamaan positiivista mielenterveyttä ja se voidaan myös nähdä yhteiskunnalla yleisesti terveyden ja hyvinvoinnin edistämisenä. Tavoitteena on pyrkiä vähentämään riskitekijöitä ja vahvistamaan suojaavia tekijöitä. Sellaisten ihmisten selviytymiskykyä halutaan vahvistaa, joilla ei ole vielä mielenterveysongelmaa, mutta

joilla uskotaan olevan riski siihen. Edistävässä työssä pyritään psyykkisen hyvinvoinnin edellytysten luomiseen ja ylläpitämiseen sekä mielenterveyttä edistävän tiedon jakamiseen kansalaisille (Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 52–55.) Mielenterveyden edistäminen on elinikäinen prosessi. Sen tavoitteena on edistää yksilöiden, ryhmien ja yhteisöjen hyvinvointia yhteiskunnassa sekä mahdollistaa ihmisen henkinen ja fyysinen kasvu. Tarkoituksena on vähentää mielenterveyttä vahingoittavia tekijöitä ja lisätä ennaltaehkäiseviä tekijöitä, joita ovat esimerkiksi erilaiset selviytymiskeinot, jotka auttavat ihmistä selviytymään elämässä stressaavista ja kuormittavista tilanteista. (Kuhanen ym. 2012, 27.)

Ehkäisevä mielenterveystyö (sekundaaripreventio) on ongelmien varhaista tunnistamista ja niihin puuttumista sekä niiden torjumista. Tavoitteena on tunnistaa asiakkaan ensioireet, lyhentää häiriön tai ongelman kestoa nopean hoidon avulla. Tehtävänä on ehkäistä sairauden kroonistumista ja estää osaltaan psyykkisen sairauden vaikutusta. Ehkäisevää mielenterveystyötä tapahtuu monialaisesti eri palvelujärjestelmissä, perusterveydenhuollossa ja sosiaalitoimessa, jotka kantavat lakisääteisen vastuun väestön terveyteen liittyvissä asioissa (Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 52–55.) Varhainen puuttuminen ongelmiin auttaa myös lyhentämään ongelmista toipumisaikaa, joka tarkoittaa käytännössä sitä, että ammattilaisten tulisi reagoida lapsen, nuoren tai aikuisen käytöksen muutoksiin nopeasti epävarmoissakin tilanteissa. (Kuhanen ym. 2012, 28–29.)

Viimeiseksi korjaava mielenterveystyö (tertiaaripreventio), jossa psyykkisen häiriön tunnistamisen jälkeen suunnitellaan ja toteutetaan hoito ja kuntoutus (Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 52–55). Korjaavan mielenterveystyön tarkoituksena on lieventää asiakkaan häiriötä ja vähentää siihen liittyvää toimintakyvyn menetystä. Mielenterveysongelmilla on yhteiskunnan terveystalouteen suuri vaikutus ja ne lisäävät myös työkyvyttömyyttä, kuolleisuutta, köyhyyttä ja huonoa elämänlaatua. Korjaava mielenterveystyö pyrkii siis pienentämään mielenterveysongelmista johtuvaa haittaa auttamalla asiakkaiden toimintakyvyn palauttamisessa ja sairauden hoidossa. Esimerkkinä korjaavasta otteesta on kuntouttava mielenterveystyö. (Kuhanen ym. 2012, 30.)

4.5 Kuntouttava mielenterveystyö

Kuntoutuksen käsite on laaja ja osittain epäselvä, koska mielenterveysongelmat, niiden hoito ja kuntoutus ovat muuttuneet huomattavasti viime vuosikymmeninä. Kulttuurin ja yhteiskunnan muutosten mukana muuttuu myös ymmärrys mielenterveyskuntoutuksesta. Mielenterveyskuntoutuksesta käytetään myös monia erilaisia nimityksiä, kuten psykiatrinen kuntoutus, sosiaalipsykiatrinen kuntoutus, psykososiaalinen kuntoutus ja kuntouttava mielenterveystyö (Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 224). Yhteiskunnan näkökulmasta kuntoutuksen keskeisenä tehtävänä on nähty paitsi työvoiman ylläpitäminen, myös yhteiskunnan menojen säästö ja tavoitteena on ollut vähentää sairaudesta ja vammaisuudesta yhteiskunnalle aiheutuvia kustannuksia. Keskeisenä on myös Koskisuun (2004, 10–11) mukaan pidetty kuntoutuksen roolia yksilön hyvän tuottajana sekä näkökulmaa yksilön oikeuteen saada mahdollisimman hyvä elämä, joka käsittää oikeutta onnellisuuteen, itsenäisyyteen ja oikeudenmukaiseen kohteluun. Kuntoutuksella ymmärretään jonkin tietyn, selkeästi rajatun sairauden tai vamman aiheuttamien ongelmien ratkaisua, toimintakyvyn parantamista ja haittojen minimointia. Mielenterveystyössä tämä voi tarkoittaa hyvin laajaa toimintaa, joka vaikuttaa yksilöön ja hänen ympäristöönsä. Mielenterveyskuntoutuksessa pyritään kartoittamaan mahdollisia ongelmia, joita ovat esimerkiksi sairaudesta tai oireilusta aiheutuvaa hallinnan puutetta, toimintakyvyn vajavuutta ja erilaisia muita ongelmia. Tämän lisäksi pyritään kuitenkin löytämään mielenterveyteen positiivisesti vaikuttavia tekijöitä.

Mielenterveyskuntoutuksen arvoperusta ja periaatteet tulisi olla yhtenevät kaikkialla, sillä jokainen mielenterveyskuntoutuja on oikeutettu saamaan samanlaista kohtelua kuntoutuksessa. Niiden tulisi pohjautua todellisiin toimintakäytäntöihin ja heijastaa toimintojen tehokkuutta ja tuloksellisuutta. Arvot heijastavat niitä perususkomuksia, jotka ohjaavat käytännön työtä, mutta määrittävät myös koko kuntoutuksen kehittymistä. Koskisuu (2004, 44–50) on tuonut esille Bostonin yliopiston tutkijoiden (Anthony ym. 2002) määritelmän mielenterveyskuntoutuksen perusperiaatteista. Heidän periaatteistaan ensimmäisinä ovat mielenterveyskuntoutuksen keskittyminen yksilön kykyjen, voimavarojen ja pätevyyden kehittämiseen sekä kuntoutujan näkökulmasta parempi toimintakyky ja selviytyminen elämän eri ympäristöissä. Seuraavaksi

he nostivat periaatteissaan esille riippuvuuden lisäämisen väliaikaisesti parantaakseen edellytyksiä parempaan itsenäisyyteen ja riippumattomuuteen tulevaisuudessa. Kuntoutuksen keskeiset työmuodot ovat kuntoutujan taitojen ja hänen käytettävissään olevan tuen kehittäminen. Tutkijat pitivät myös tärkeänä kuntoutujan aktiivista osallistumista omaan prosessiinsa sekä uskoivat, että pitkäaikainen lääkitys voi olla tarpeellinen, mutta äärimmäisen harvoin yksinään riittävä kuntoutumiseen.

Mielenterveyskuntoutuksessa on aina moni-ammattillista yhteistyötä johtuen siitä, että kuntoutuksessa on myös monia eri muotoja. Näitä ovat esimerkiksi sosiaalinen ja ammatillinen kuntoutus. Sosiaalinen kuntoutus on asiakkaan toimintakyvyn vahvistamista aktiiviseksi kansalaiseksi ja oman yhteisön jäseneksi. Sen tarkoituksena on tukea kuntoutujaa ylläpitämään omia ihmissuhteitaan ja olemaan niissä aktiivinen. Tavoitteena on ehkäistä syrjäytymistä, esimerkiksi kuntoutusyksiköt järjestävät sosiaalista kuntoutusta terapeuttisissa yhteisöissään. Esimerkkinä sosiaalisesta kuntoutuksesta voidaan pitää asiakkaan polkua kuntoutuskodissa asumisesta tuettuun asumiseen ja lopulta asumiseen omassa asunnossa. Ammatillinen kuntoutus puolestaan on työhallinnon toimintaa. Tavoitteena on auttaa kuntoutujaa tarkastelemaan työkykyään, ammatti- tai koulutussuunnitelmiaan ja lopulta mahdollisesti siirtymään työelämäään. Tähän kuuluu myös muita työllistymiseen tähtääviä toimia, kuten kuntoutustutkimus, työ- ja koulutuskokeilut, työhön valmennus sekä elinkeinotuki. Tästä esimerkki polkuna voidaan pitää kuntoutujan pääsemistä työhön valmennukseen, joka johtaa työkokeiluun ja lopulta työpaikkaan ja siirtymiseen työelämäään. (Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 225–227.)

4.5.1 Mielenterveyskuntoutuksessa käytettäviä menetelmiä

Mielenterveyskuntoutuksessa käytetään apuna esimerkiksi erilaisia terapioidia ja lääkkeitä. Vasta noin 200 vuotta sitten asennoituminen mielenterveysongelmista kärsiviä ihmisiä kohtaan alkoi muuttua humanimmaksi ja myös hoitomenetelmät inhimillistyivät. 1950- ja 1960-luvuilla alkoivat psykodynaamisen psykoterapian ohella myös käyttäytymisterapiat herättämään yhä lisääntyvää kiinnostusta. Tämän

lisäksi varsinainen psykiatrinen lääkehoito alkoi 1950-luvulla, jolloin keksittiin ensimmäiset psyyken hoitoon tarkoitetut psykoosi-, ahdistus- ja masennuslääkkeet.

Kuntoutuksessa paljon käytetty menetelmä on psykoterapia, jolla tarkoitetaan keskustelemalla tapahtuvaa potilaan ja hoitavan henkilön yhteistyöprosessia. Psykoterapian tarkoituksena on saada tietoisesti ja ammatillisesti toisessa ihmisessä aikaan psyykkisiä muutoksia keskustelemalla, psykologisen vuorovaikutuksen kautta, päämääränä lievittää tai poistaa psyykkisiä häiriöitä ja niiden aiheuttamia kärsimyksiä. Tärkein on asiakkaan oma halu ja motivaatio hoitoa kohtaan. Tämä hoitomuoto on todettu vaikuttavaksi hoidoksi masennustiloihin sen vaikutuskeinojen avulla, joita ovat psykologiset keskustelut ja tunneprosessit. Psykoterapian kognitiivisella muodolla pyritään vaikuttamaan järjestelmällisesti vääristyneeseen ja kielteiseen ajatteluun, koska masennuksen tunneajattelumaailma on tavallisesti hyvin lohduton. Siihen kuuluu vahvasti minäkuvan vääristymistä ja kielteisiä jäykkiä ajatusmalleja ja ajatuskulkuja. (Taajamaa ym. 2010, 40–47.)

Muita psykoterapiamuotoja on esimerkiksi psykodynaaminen psykoterapia, jossa tavoitteena on lisääntyvän itsetuntemuksen ja oivalluksen kautta saavutettava kasvanut henkinen toimintakyky, persoonallisuuden kasvu ja pysyvästi parempi mielen toiminnan tasapaino. Tässä painotetaan potilaan oppimista kuuntelemaan itseään, omaa tunne- ja kokemusmaailmaansa sekä jakamaan ne hoitosuhteessa. Psykodynaaminen psykoterapia soveltuu nimenomaan pitkäaikaisen masennuksen ja depressioalttiuden hoitoon. Toinen psykoterapia muoto on interpersonaalinen psykoterapia, joka pohjautuu psykodynaamiseen psykoterapiaan. Se keskittyy masennukseen usein liittyvien huomattavien ihmissuhdeongelmien korjaamiseen. Sen aikana asiakasta yritetään saada tarkkailemaan omaa käytöstään ja auttaa häntä oppimaan uusia käyttäytymismalleja. Muita terapia muotoja, joita käytetään mielenterveyskuntoutuksessa ovat erilaiset ryhmäterapiat, perhe-, pari-, suhde-, musiikki- ja kuvataideterapiat. (Taajamaa ym. 2010, 144–153.)

Mielenterveyskuntoutuksen liittyy usein myös vahvasti lääkehoito. Lääkinnällinen kuntoutus kuuluu kuntien järjestämisvastuulle, ja sitä tulee toteuttaa sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Lääkinnällisen kuntoutuksen tarkoituksena on parantaa sekä ylläpitää henkilön toimintakykyä ja sen pyrkimyksenä on

tukea kuntoutuksen elämäntilanteen hallintaa ja edistää itsenäistä suoriutumista päivittäisestä elämästä. Kuntouttavien hoitotoimenpiteiden lisäksi lääkinnälliseen kuntoutukseen sisältyy neuvontaa, kuntoutustarvetta ja –mahdollisuuksia selvittävää tutkimusta, apuvälinehuoltoa sekä sopeutumisvalmennusta- ja ohjaustoimintaa. (Nurminen & Jatkola 2009, 7–16.)

Voidaan sanoa, että psykoterapia ja lääkehoito pyrkivät vaikuttamaan samaan asiaan eli ihmisen aivoihin ja nykyaikaiset psyykelääkkeet ovat tehneet psykoterapian hyödyntämisen mahdolliseksi. Psyykelääkkeistä on todettu olevan hyötyä ahdistus- ja depressiopotilaille sekä etenkin psykoosipotilaille ja parhaimmillaan lääkitys vähentää häiritseviä oireita ja ahdistuneisuutta sekä parantaa kommunikointikykyä ja kognitiivista ymmärtämistä. Psykiatrian kehityksen myötä yhdistetty psykoterapia ja lääkehoito on lisääntynyt voimakkaasti. (Taajamaa ym. 2010, 138–142.)

Jennifer Creek (2004, 16) määrittelee artikkelissaan toimintaterapiaa tarkoituksenmukaisena toimintana. Toimintaterapeutit väittävät, että tarkoituksenmukainen toiminta on tavoitteellista ja se on heidän yksi käytetyimmistä työkaluista. Toimintaterapian tavoite on ehkäistä, kuntouttaa tai vähentää toimintahäiriöitä, jotka liittyvät ammatilliseen suoriutumiskykyyn. Toimintaterapiaa on kuvattu menetelmäksi, joka osallistaa asiakasta tarkoituksenmukaiseen toimintaan ja kehittämään mukautuvia reaktioita eri tilanteisiin. Siksi näyttää tärkeältä, että toimintaterapeutit ymmärtävät tarkoituksenmukaisen toiminnan luonteen ja sen potentiaalin terapeuttisiin vaikutuksiin. Toimintaa ovat terapeutit määrittäneet yhdistetyksi jaksoksi erilaisia tehtäviä, jotka tapahtuvat tietyissä tilanteissa, tietyn ajan sisällä ja tiettyyn tarkoitukseen. Tämä määritelmä sisältää idean määrätietoisuudesta olennaisena osana toimintaa.

Toimintaa on käytetty vaihtelevasti osana psykiatrista hoitoa Suomessa. Ensimmäiset toimintaterapeutit valmistuivat vuonna 1972, minkä jälkeen toimintaterapiaa nimikkeenä on alettu käyttää mielensterveyskuntoutujien hoidossa. Jo ennen sitä toimintaa osana hoitoa on käytetty esimerkiksi työterapiassa. Toimintaterapiaa voidaan määrittää terveyden ja toimintakyvyn suhteellisenä, muuttuvana ja dynaamisena tilana, joka vaihtelee ihmisen elämänkaaren muutosten myötä. Näihin muutoksiin vaikuttavat biologiset ja geneettiset tekijät, kuten myös sosiaaliset suhteet ja ympäristölliset tekijät. Elämänkaaren muutosten myötä on henkilön muutettava roo-

leja ja hankittava uusia taitoja voidakseen mukautua ja toimia tarkoituksenmukaisesti. Tarkoituksenmukainen toiminta myös antaa energiaa ja auttaa saavuttamaan hallinnan ja selviytymisen tunteen. (Salo-Chydenius ym. 1997, 22–63.)

4.5.2 Mielenterveyskuntoutuksen tavoitteet ja tehtävät

Koskisu (2004, 12–19) toteaa kirjassaan, että nykyään ajatellaan kuntoutuja tavoitteellisena, omia pyrkimyksiään ja tarkoituksensa toteuttavana toimijana. Kuntoutuja pyrkii tulkitsemaan, ymmärtämään ja suunnittelemaan omaa elämäänsä ja sen perustaa. Tämä kertoo siitä, että kuntoutuja on muuttunut aktiiviseksi toimijaksi osana yhteiskuntaa. Kuntoutuksen tehtävänä tulisi olla kuntoutumisvalmiuden kehittäminen ja lopulta kuntoutujan auttaminen omaa elämäänsä koskevien tavoitteiden asettamisessa ja näihin tavoitteisiin pääsemisessä. Kuntoutuksessa yksilö hahmotetaan yhteisön jäsenenä ja tällöin myös kuntoutus kohdistuu yksilön sosiaalisiin rooleihin ja tehtäviin. Kuntoutuksessa pyritään siihen, että kuntoutuja pystyisi omassa elämässään toteuttamaan tärkeinä pitämiään sosiaalisia rooleja, joita ovat esimerkiksi puolison, vanhemman, työntekijän tai opiskelijan roolit. Kuntoutuksen yksi tavoitteista onkin edellä mainittu yksilön kyky toimia menestyksellisesti tärkeinä pitämissään rooleissa ja ympäristöissä.

Mielenterveyskuntoutuksen tavoitteena asiakkaan näkökulmasta on muuttaa omia toimintatapojaan, asenteitaan ja tunteitaan niin, että menneisyyden tapahtumat ja tulevaisuuden päämäärät saavat uusia merkityksiä. Kuntoutuminen on toimintakyvyn palautumista, oppimista ja kasvua, jossa kuntoutuja kiinnostuu yhä enemmän omasta elämänlaadustaan ja tekee työtä sen hyväksi. Tärkeää on myös tukea psyykkisestä sairaudesta toipuvan ihmisen toimintakykyä. Mielenterveyskuntoutuksen tavoitteisiin päästään todennäköisemmin, jos prosessiin osallistuvat eri toimijat, kuten psykiatrisen sairaalan ja avohoidon yksiköt, perusterveydenhuolto, sosiaali-toimi, työterveyshuolto, kansaneläkelaitos, mielenterveysjärjestöt sekä muut kolmannen sektorin toimijat. (Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 224–225.)

Koskisuun (2004, 19–37) määritelmän mukaan, mielenterveyskuntoutuksen tulee olla suunnitelmallista. Suunnitelmallisuuden ja tavoitteellisuuden korostaminen on tärkeää asiakkaidenkin näkökulmasta ja se tulee olla aina kirjallisesti toteutettuna,

sisältyen kuntoutujan ja ammatti-ihmisen sekä kuntoutujan mahdollisen lähiverkoston kanssa yhdessä tehtyyn kuntoutussuunnitelmaan. Kuntoutussuunnitelma on hyvänä apuna työntekijöille, kun he tukevat yksilöllisen kuntoutumisprosessin etene- mistä. Tavoitteiden saavuttamisessakin suunnitelma auttaa, mutta siinä on myös tärkeää, että kuntouttava työote ja kuntoutuksen periaatteet ovat luonnollinen osa kaikkien hoito- ja palveluyksiköiden tapaa toimia ja kohdella asiakkaitaan.

4.6 Mielenterveyspalvelut

Mielenterveystyössä pyritään tarjoamaan monipuolisia palveluita asiakkaille, jotta jokaisen tarpeisiin voitaisiin vastata. Mielenterveyspalvelut ovat kuitenkin pieni osa mielenterveystyötä ja niitä ovat esimerkiksi ammattilaisten mielenterveyshäiriöiden tutkiminen, hoito ja kuntoutus terveyskeskuksissa ja psykiatrisessa erikoissairaan- hoidossa. Palveluita tuotetaan julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa ja niiden lisäksi tuottajina ovat yksityiset ja kolmannen sektorin toimijat, kuten yhdistykset, järjestöt ja seurakunnat. (Vuorilehto ym. 2014, 225–226.)

Palveluita ovat esimerkiksi avohoito, psykiatrinen sairaalahoito sekä erilaiset työ- ja päivätoiminnot. Avohoito perusterveydenhuollossa on aina ensisijainen asiakkaiden hoitotaho ja kunnan tulee tarjota sitä ensisijaisesti avuksi mielenterveysongelmiin. Vaativimmissa tilanteissa ja ongelmissa tulee olla tarjolla erikoissairaanhoidon avo- hoitoa, joka voi myös tarjota tukea akuuttiin kriisiin tiiviisti lähes päivittäin. Avohoitoa pyritään tarjoamaan mahdollisimman joustavana toimintana niin, ettei potilaan tar- vitse mennä psykiatriseen sairaalaan esimerkiksi ensimmäisen psykoottisen kriisin tai psykoosioireiden pahennettua, vaan potilasta ja hänen perhettään tuetaan kotiin tehtävillä kotikäynneillä. On myös tärkeää, että avohoito tarjoaa pitkäaikaisesti ja moninaisesti psykiatrisen avun tarpeessa oleville potilaille kuntoutuksellista tukea erilaisilla menetelmillä kuten kotikäynneillä. Vaativimmissa ongelmissa, jolloin avo- hoidon tukitoimet eivät ole riittäviä, tulee kunnan tarjota asiakkailleen psykiatrasta sairaalahoitoa. Sairaalahoito on yleensä lyhyt, muutaman viikon kestävä, ensipsy- koosin yhteydessä tai psykoosin uusiutuessa tarvittava jakso. Sairaalahoitoa voi-

daan toteuttaa tiettyjen mielenterveysongelmien erityisosaamista edellyttämissä yksiköissä, esimerkiksi kaksoisdiagnoosipotilaiden ja psykosomaattisten potilaiden hoitoyksiköissä. (Kuhanen ym. 2012, 46–47.)

Hietaharju & Nuuttila (2010, 25–26) kertovat teoksessaan avotyötoiminnasta ja päivätoiminnasta, jotka kuuluvat mielenterveyspalveluiden piiriin. Päivätoimintakeskus voi olla säätiön tai vapaaehtoisjärjestön toimintaa tai se voi olla mielenterveysyksikön alaisuudessa toimiva. Sen tavoitteena on tukea ja edistää mielenterveyskuntoutujien omatoimisuutta, aktiivisuutta ja sosiaalisia taitoja. Keskuksessa voi olla toiminnallisia tai keskusteluryhmiä, joista kuntoutujat saavat vertaistukea. Siellä voidaan myös harjoitella erilaisia elämäntaitoja, kuten ruoanlaittoa ja itsestä huolehtimista tai siellä voi osallistua myös alihankintatöiden tekemiseen. Päivätoimintakeskukseen tullaan lähetteellä, osana jatkohoitoa ja keskuksen tehtävänä on tarjota kuntoutujalle yhteisö, johon kuulua ja jossa on mahdollista saada päiviin mielekästä sisältöä. Erikseen voi olla myös työtoimintakeskuksia, joissa tarjotaan kuntouttavaa työtoimintaa muun muassa mielenterveyskuntoutujille. Työkeskuksissa tehdään ohjatusti joko tilaustöitä tai omia töitä ja siellä voi työskennellä tutussa ja turvallisessa ympäristössä. Tällaisia työtoimintakeskuksia on esimerkiksi Kokkolassa toimiva Kokkotyösäätiö, joka tarjoaa erilaista työtoimintaa mielenterveys- ja päihdekuntoutujille.

Kokkotyö-säätiö on asiantuntija- ja palveluorganisaatio, joka aktivoi vaikeassa työmarkkina-asemassa olevia henkilöitä, kuten vajaatyökykyisiä ja mielenterveyskuntoutujia. Säätiö tukee ja valmentaa ammatillisesti ja elämänhallinnallisesti sekä tarjoaa monialaisia ja mielekkäitä työtehtäviä. Toiminta on tavoitteellista, millä tarkoitetaan työn ja toiminnan merkityksellisyyden korostamista valmennustoiminnassa, tuotannollisessa toiminnassa ja palvelutoiminnassa. Yhteiset ja yksilölliset päämäärät otetaan huomioon toiminnan suunnittelussa. Jokainen asiakas sitoutuu yhteisiin tavoitteisiin ja niiden eteen tehdään työtä kaikilla tasoilla. Tavoitteellisessa toiminnassa ennakoidaan myös tulevaa ja otetaan muutokset mahdollisuuksina. Palvelutoiminta on valmennusta, verkostoitumista ja laajaa yritysyritystyötä. Valmennus toteutetaan yksilövalmennuksen keinoin käyttäen erilaisia valmennusmenetelmiä val-

mentautujien yksilöllisyys huomioiden. Tähän kuuluvat esimerkiksi mielenterveyskuntoutujien työhönvalmennus ja kuntouttava työtoiminta. (Kokkotyö-säätiö, [viitattu 19.10.2017].)

Työvalmennus on yksi osa verkostoyhteistyöhön liittyvää palvelukokonaisuutta. Sitä voi kuvata sekä yhteisölliseksi, että kahdenväliseksi suhteeksi, joka tarjoaa pitkäjänteistä osallistumista, tukea, ohjausta ja motivointia eli valmennusta. Työskentelytapana on valmentajan kokemusten, tietojen ja osaamisen jakaminen ja yhdessä käsittely valmentautujan tavoitteiden saavuttamiseksi. Onnistumisen kokemusten kautta pyritään myös oman vastuun ottamisen lisäämiseen. Kuntouttava valmennus tarjoaa työtoiminnan lisäksi työkykyisyyttä, elämänhallintaa ja työmarkkinavalmiuksia vahvistavia sisältöjä. Sen tarkoituksena on tukea arkielämää, kuntouttaa yksilövalmennuksen ja työvalmennuksen kautta työelämää. Työtehtävien tulee siis olla motivoivia ja sopivan haastavia ja ohjausmetodit tulee painottua motivoivaan ja osallistuvaan valmennukseen. (Hassinen ym. 2005, 15–28.)

5 ASUMISPALVELUT

Tässä luvussa käsitellään asumispalveluita. Luvussa käydään läpi palvelu- ja tukiasumisen käsitteet. Kerromme myös Soiten eli Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveyspalvelukuntayhtymän alueella toimivista mielenterveyspalveluista ja asumispalveluista.

5.1 Palvelu- ja tukiasuminen

Asuminen on jokaisen ihmisen perusoikeus ja perustarve. Suurin osa mielenterveyskuntoutujista asuu omassa kodissa, tavallisissa asunnoissa. Osa kuntoutujista tarvitsee kuitenkin asumiseensa tukea ja he asuvat erikseen suunnitelluissa kuntoutuskodeissa tai asumisyksiköissä. Tällöin kuntoutujalla on jatkuvasti lähellä tarvittavat palvelut, tiivis tuki, joka yhdistetään asumispalveluihin elämänlaadun parantamiseksi. (Mielenterveystalo, [viitattu 21.10.2017].)

Mielenterveysongelmallisille järjestetään erilaisia palvelu- ja tukiasumisen muotoja. Palveluasumisella tarkoitetaan sitä, kun asiakkaalla on käytössään sekä pysyvä asunto että siihen kiinteästi liittyvät, jokapäiväistä selviytymistä edistävät palvelut, esimerkiksi kodinhoitopalvelut. Tukiasuminen taas on normaalimuotoista asumista, jossa henkilö kuitenkin tarvitsee jonkinlaista huolenpitoa tai apua arjessa. Tuki- ja palveluasumista voidaan kumpaankin järjestää asuntola- tai palvelutaloluonteisena tai normaalina vuokra-asumisena ja tukiasumista voidaan myös järjestää henkilön omistamassa asunnossa. Palveluasumista voi olla palvelutalojen lisäksi ryhmä- ja pienkodeissa. Tuki- ja palveluasumista järjestetään mielenterveysongelmaisten lisäksi esimerkiksi vammaisille, ikäihmisille ja päihdekuntoutujille. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016, 22–23.)

Sosiaalihuoltolain (L 30.12.2014/1301) 21 § säädetään asumispalveluista ja niiden järjestämisestä. Niitä tulee järjestää henkilöille, jotka erityisestä syystä tarvitsevat apua tai tukea asumisessa tai asumisensa järjestämisessä. Kotiin annettavat palvelut ovat ensisijaisia suhteessa palveluihin, jotka edellyttävät muuttamista ja sisältävät sekä asumisen että palvelut. Tilapäistä asumista tulee järjestää henkilöille, jotka

tarvitsevat lyhytaikaista, kiireellistä apua. Henkilöille, jotka tarvitsevat tukea itsenäiseen asumiseen tai itsenäiseen asumiseen siirtymisessä, järjestetään tuettua asumista. Sillä tarkoitetaan asumisen tukemista sosiaaliohjauksella ja muilla sosiaalipalveluilla. Kun henkilö tarvitsee soveltuvan asunnon sekä hoitoa ja huolenpitoa, tulee järjestää palveluasumista. Palveluasumisella tarkoitetaan palveluasunnossa järjestettävää asumista ja palveluja. Niihin sisältyvät asiakkaan tarpeen mukainen hoito ja huolenpito, toimintakykyä ylläpitävä ja edistävä toiminta, ateriat-, vaatehuolto-, peseytymis- ja siivouspalvelut sekä osallisuutta ja sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut. Tehostettua palveluasumista taas tulee järjestää henkilöille, joilla hoidon ja huolenpidon tarve on ympärivuorokautista. Asumispalveluja toteuttaessa on huolehdittava, että henkilön yksityisyyttä ja oikeutta osallistumiseen kunnioitetaan ja hän saa tarpeenmukaiset kuntoutus- ja terveydenhuollon palvelut.

Palveluasumista tuottavat kunnat, järjestöt ja yksityiset organisaatiot ja niihin haetaan kunnan vanhus-, vammais-, mielenterveys- ja päihdepalvelujen kautta (Sosiaali – ja terveysministeriö, [viitattu 19.10.2017].) Asumissosiaalinen työ voi tarkoittaa erilaisia toimintoja, kuten kykyä itsenäiseen ja omaehtoiseen elämäntapaan, jotka vahvistavat asiakkaiden asumisvalmiuksia. Asumissosiaalityötä voi tehdä ennaltaehkäisevänä sekä korjaavana eli kuntouttavana työnä. Ennaltaehkäisevä asumissosiaalityö on asumista vaarantavien tekijöiden estämistä. Kuntouttava työ on voimavaroista lähtevää, eli tuodaan esiin asiakkaan aktiivisuutta koskien omaa asumistaan, itsemääräämisoikeuden korostamista sekä vapautta vaikuttaa oman asumisen luonteeseen sekä osallisuutta oman asuinpaikan valitsemiseen. (Hyväri 2013, 150.)

Riitta Granfelt (2013, 209) on kirjoittanut artikkelin asumissosiaalisesta työstä rikosseuraamusalalla. Artikkelissaan hän painottaa asumissosiaalisen työn käsitettä asunnottomien tai aiemmin asunnottomuutta kokeneiden parissa tehtäväksi työksi. Asumissosiaalityö on työtä, joka pyrkii puuttumaan asumista vaarantaviin sosiaaliin sekä käytännön ongelmiin. Työn päätavoite on turvata asiakkaiden asuminen sekä ennaltaehkäistä asunnottomuutta. Asumissosiaalisella työllä voidaan myös kuntouttaa asiakasta huomattavissa määrin. Työ voi toteutua yksilötyönä tai ryhmässä ammattilaisten ja asukkaiden välisenä vuorovaikutuksena. Kuitenkin asumissosiaalinen työ voi olla myös epäkohtiin puuttumista, kuten rakenteellisen asumisen

tai palvelujärjestelmään kohdentuvaa moniammatillista verkostotyötä. Nostimme artikkelin myös opinnäytteeseemme, sillä asumissosiaalista työtä tulisi tehdä myös sosiaali- sekä hoitoalalla.

5.2 Palveluntarjonta Soiten alueella

Soiten eli Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveyspalvelukuntayhtymän palveluasuminen ja laitoshoido perustuvat lakiin sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (L 22.9.2000/812), sosiaalihuoltolakiin (L 13.12.2014/1301), kansanterveystalakiin (L 28.1.1972/66), terveydenhuoltolakiin (L 30.12.2010/1326) ja lakiin ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista eli niin sanottuun vanhuspalvelulakiin (L 28.12.2012/980.) Asiakkailla, jotka ovat tehostetun palveluasumisen piirissä tai asuvat laitoksessa, on tarve ympärivuorokautiseen hoivaan ja huolenpitoon sekä tarve valvottuun ympäristöön. (Soite [viitattu 24.10.2017].)

Soiten alueella asiakas saa tehostettua palveluasumista silloin, kun on todettu, ettei kotihoito sekä tukipalvelut kotiin riitä. Laitoshoidolla ja palveluasumisella tutkitaan asiakkaan toimintakykyä ja terveydentilaa arvioidaan. Näiden perusteella asiakkaalle tehdään yksilölliset suunnitelmat kuntoutusta-, hoitoa -ja palvelusuunnitelmaa varten. Toimintakykymittarit ovat myös käytössä asiakasta arvioitaessa. Omaiset ja läheiset ovat tärkeässä roolissa asiakkaan kuntoutuspolulla, yhteistyössä hoitavan tahon kanssa. (Keski-Pohjanmaan sosiaali – ja terveyspalvelukuntayhtymä Soite). Palvelu – ja tukiasumista järjestävät Suomessa kunnat, yksityiset yrittäjät, järjestöt (Infopankki [viitattu 22.10.2017].)

5.3 Palveluntarjoajat Soiten alueella

Soite on Keski-Pohjanmaan sosiaali – ja terveyspalvelukuntayhtymä. Soite on aloittanut toimintansa vuoden 2017 alusta. Soiteen kuuluvat Keski-Pohjanmaa erikoissairaanhoido- ja peruspalvelukuntayhtymä Kiuru; sisältäen Keski-Pohjanmaan keskussairaala ja peruspalveluliikelaitos Jytan, Kokkolan sosiaali- ja terveyspalvelut

sekä Perhon kunnan sosiaali- ja terveysterveyspalvelut. Soite yhdistää palvelut asiakaslähtöisellä otteella. Soitessa ihminen on keskiössä, sillä sosiaali- ja terveysterveyspalvelut toimivat moniammatillisessa yhteistyössä. Soiten tavoite on asiakaslähtöinen palvelujärjestelmä, jossa on matala kynnys. Tarkoituksena tuottaa palveluita maakunnan ja lähialueen väestölle saumattomina palveluketjuina. (Soite, [viitattu 24.10.2017].)

Soite tuottaa asumispalveluita asiakkailleen kohdistetusti oman vastualueensa kautta. Soiten omia asumispalveluita ovat nuorille aikuisille suunnattu kotikuntoutus Kokkolassa, vuokra-asumiseen tarkoitettu Puolivälinkoti sekä kotikuntoutus. Soite ostaa suurimman osan palveluistaan oman alueensa palveluntuottajilta, tarvittaessa myös oman alueen ulkopuolisilta palveluntuottajilta. (Soite, [viitattu 24.10.2017].)

Aspa-säätiö on vammaisjärjestöjen perustama valtakunnallinen asumispalveluiden ja asuntojen tuottaja sekä kehittäjä. Toiminnallaan he edistävät mielenterveyskuntoutujien yhdenvertaisuutta sekä osallisuutta. Aspa-säätiö antaa asiakkailleen palveluita, jotka edistävät itsenäistä elämää ja asumispalveluita, jotka tukevat elämää kodissa ja kodin ulkopuolella. Yksilöllisiä palveluita tarjotaan yhdessä asiakkaan kanssa suunnitellusti. Ammattitaitoinen henkilökunta on kulkemassa asiakkaan rinnalla tukemassa asiakkaiden voimavaroja. Aspa-säätiön toiminnan perustana ovat asiakaslähtöisyys, palvelujen laatu sekä joustava kumppanuus. (Aspa-säätiö, [viitattu 24.10.2017].)

Keski-Pohjanmaan alueella palvelun tarjoajana toimii **Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys**. Toiminnan tarkoituksena yhdistyksessä on tukea Keski-Pohjanmaan alueen mielenterveyskuntoutujia saavuttamaan jokaiselle itsenäinen elämä ja osallisuus. Sosiaalipsykiatrinen yhdistys tarjoaa ehkäisevää mielenterveystyötä sekä sosiaalipsykiatrasta kuntoutusta. (Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys, [viitattu 23.10.2017].)

Yhdistys toimii ideologiansa ja arvojensa mukaan asiakkaidensa elämänlaadun parantamiseksi. Toimintaa ohjaavat arvot, joita ovat vastuullinen toiminta, itsensä ja toisen arvostaminen, usko ihmisten voimavaroihin sekä aito kohtaaminen. He toimivat niin, että tukevat asennekehityksen muuttumista positiivisemmaksi puhuttaessa mielenterveyskuntoutujista. Sosiaalipsykiatrinen yhdistys pyrkii siihen, että asiakkai-

den leimaaminen ja eriarvoinen kohtelu vähentyisi. He puuttuvat epäasialliseen kohteluun ja nostavat näitä julkiseen keskusteluun. Sekä he jakavat myös oikeaa tietoa mielenterveyden ongelmista, neuropsykiatrisista häiriöistä ja niiden hoidosta. (Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys, [viitattu 23.10.2017].)

Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys tuottaa kuntoutuspalveluita mielenterveyskuntoutujille, neuropsykiatrisille asiakkaille sekä nuorille jotka tarvitsevat erityistä tukea. Palvelut, joita yhdistys tuottaa kohdistuvat asiakkaiden tarpeisiin, ne ovat yksilöllisiä, kuntouttavia sekä tavoitteellisia. Kuntoutuspalvelut, joita he tuottavat ovat: kuntouttavat asumispalvelut, kotikuntoutus, tuettu asuminen opiskelijoille, ohjattua päivätoimintaa, matalan kynnyksen toimintaa, työtoimintaa ja avotyötoimintaa sekä neuropsykiatrista valmennusta yksilö- ja ryhmätasolla. (Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys, [viitattu 23.10.2017].)

Mikeva on asumis-, hoiva- ja kuntoutuspalveluja tuottava yksityinen palveluntuottaja. Mikeva tuottaa palveluaan ostopalveluina kaupungeille ja kunnille sekä yksityisille palvelunostajille. Palveluita tuotetaan mielenterveys- ja päihdekuntoutujille, kehitysvammaisille ja ikääntyville asiakkaille. Mikevalla on hyvän olon arvolupaus, joka tarkoittaa, että he toimivat yksilöllistä elämänskulkua kunnioittaen. He ovat sitoutuneet itsetuntoa sekä itseluottamusta kasvattavaan ohjaukseen ja ohjaavat asiakasta kohti itsenäisempää elämää vierellä tukien. Heille on tärkeää yhteistyö läheisten kanssa. (Mikeva 2017 [viitattu 24.10.2017].)

Mikevan mielenterveys- ja päihdekuntoutujien palvelut ovat kymmenien vuosien suunnittelun ja kokemukselle pohjautuvaa toimintaa. Heidän palvelunsa perustuvat tutkittuun tietoon yksilöstä ja yhteisöstä. Eri terapiamuotojen vaikutukset kuntoutusprosessiin ovat myös merkitykselliset. Mikevalla on myös jokaisessa yksikössään käytössä viiden pisteen NaDa-korva akupunktiohoitomenetelmä. Kuntouttavissa asumispalveluissa on käytössä myös psykoedukaatio. (Mikeva 2017, [viitattu 24.10.2017].) Psykoedukaatio on koulutusterapeuttinen malli, jota käytetään vakavissa mielenterveyden häiriöiden hoitamisessa, kuten psykoosihoidoissa. Hoitomenetelmää voidaan käyttää myös sairastuneiden läheisten kanssa. Psykoedukaation avulla voi oppia tuntemaan sairauttaan paremmin ja hallitsemaan sitä. Psykoedukaation avulla voidaan estää mahdolliset uusiutumisvaiheet, jonka myötä voi

estää myös pahat todellisuudentajua horjuttavat tekijät. Mahdollisuudet hyvään elämään sairaudesta huolimatta paranevat. (Mielenterveystalo, [viitattu 3.11.2017].) Dialektinen käyttäytymisterapia on tulossa myös käyttöön kaikissa yksiköissä. Kuntoutujan yksilöllisiä tarpeita painotetaan. (Mikeva 2017, [viitattu 24.10.2017].) Dialektinen käyttäytymisterapia on psykoterapiamenetelmä. Dialektinen käyttäytymisterapia perustuu tutkimustyöhön, ja se muokkautuu tutkimuksen myötä jatkuvasti. Dialektinen käyttäytymisterapia (DKT) on periaatepohjaista, vaikeista tunteesäätelyvaikeuksista kärsivien asiakkaiden, joilla on monia ongelmia, moniulotteinen terapiamuoto. Dialektinen käyttäytymisterapia on käyttäytymisterapiaa, jonka tavoitteena on muutos. Asiakkaita tuetaan luopumaan vaikeuksia aiheuttavista toimintamalleista ja muuttamaan tapojaan harjoittelemalla uutta taitavaa käytöstä. DKT on hoitotiimi, mikä tarkoittaa, että asiakkaita hoitaa ryhmä työntekijöitä. Työntekijät muodostavat konsultaatiotiimin, joka tukee työn tehokkaana pitämistä ja työntekijät motivoituneina. (Suomen Dialektisen käyttäytymisterapian yhdistys ry, [viitattu 3.11.2017].)

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tässä luvussa kerromme, mitä tutkimusmenetelmiä olemme tutkimuksessamme käyttäneet ja miten aineiston keruu on tapahtunut. Tämän lisäksi pohdimme tutkimuksemme toteutuksen eettisyyttä ja luotettavuutta. Tutkimuskysymyksemme muodostuivat toimenpidesuosittelujen ja teorian pohjalta seuraavasti:

- Ovatko vuonna 2012 laaditut toimenpidesuosittelut toteutuneet?
- Miten toimenpidesuositteluita on toteutettu?
- Mitä kehitettävää mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa Lesti- ja Perhonjokilaakson kunnissa vielä on?
- Mitä haasteita mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden kehittämisessä on?

6.1 Tutkimusmenetelmät

Hirsjärvi (2013, 135–152) kuvaa teoksessaan kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimuksen eroja ja niiden käyttämistä rinnakkaisina menetelminä. Eroja on pyritty havainnollistamaan taulukoimalla kummankin lähestymistavan tyypillisiä piirteitä ja laatimalla luokitteluja ja kuvauksia molemmista suuntauksista. Nämä suuntaukset nähdään toisiaan täydentävinä lähestymistapoina, eikä kilpailevina suuntauksina. Ne täydentävät toisiaan monilla tavoin, esimerkiksi kvalitatiivista tutkimusta käytetään kvantitatiivisen esikokeena tarkoituksena taata, että mitattavat asiat ovat tarkoituksen mukaisia ongelmien kannalta sekä mielekkäitä tutkimushenkilöille. Näistä suuntauksista sanotaan, että kvantitatiivinen käsittelee numeroita ja kvalitatiivinen merkityksiä. Tarkoituksena ei ole asettaa suuntauksia sinänsä toistensa vastakohdiksi, vaan numerot perustuvat merkityksiä sisältävään käsitteellistämiseen ja merkitystä sisältäviä käsitteellisiä ilmiöitä voidaan ilmaista numeroin. Tutkimuksessamme mielenterveyskuntoutujien asumisesta ja asumispalveluista keräsimme aineiston sähköisten kyselyiden avulla. Kyselyssä oli paljon avoimia kysymyksiä, jotka tuottivat meille laajaa tietoa asumisesta. Aineiston keruun muodon ja toteutuksen

takia olemme yhdistäneet tutkimuksessamme kvantitatiivista eli määrällistä ja kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää.

Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus käsittelee siis numeroita. Siinä johtopäätökset tulee olla aiemmista tutkimuksista tai teorioista, tulee esittää hypoteeseja, käsitteiden määrittelyä, sekä koejärjestelyjen tai aineiston keruun suunnitelmat. Havaintoaineiston tulee soveltua määrälliseen ja numeeriseen mittaamiseen. Tässä suunnauksessa tärkeää on koehenkilöiden tai tutkittavien henkilöiden valinta, sekä tarkat koehenkilömäärittelyt ja otantasuunnitelmat tulee laatia. Niissä määritellään perusjoukko, johon tulosten tulee päteä ja siitä joukosta otetaan otos. Tärkeää on osata muodostaa muuttujat taulukkomuotoon ja saada aineisto tilastollisesti käsiteltävään muotoon. Päätelmät tehdään tilastolliseen analysointiin perustuen, esimerkiksi tulosten kuvailu prosenttilukujen avulla. Hypoteesien eli olettamusten käyttö kvantitatiivisessa tutkimuksessa on mahdollista. Tutkimuksessa asetettuihin ongelmiin on mahdollista ennakoita ja olettaa ratkaisuja ja näitä mahdollisia eroja, suhteita tai syitä nimitetään hypoteeseiksi. Ne ilmoitetaan väitteiden muodossa ja tiedeellisissä tutkimuksissa edellytetään, että hypoteesit ovat perusteltuja. Näitä perusteluja voidaan löytää esimerkiksi teoriasta tai aiemmista tutkimuksista. Alasuutari (2001, 37) toteaa, että kvantitatiivisessa analyysissä argumentoidaan keskimääräisillä yhteyksillä ja sen lähtökohtana on tutkimusyksiköiden välisten erojen etsiminen eri muuttujien suhteen. Hän kertoo, että tutkimusyksikkönä voivat olla ajanjaksot tai vaikkapa kulttuurituotteet, kuten eri sanomalehdet, koska periaate on aina sama.

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa asetetaan kysymyksiä ja asioita tulkitaan eri näkökulmista. Samaa asiaa voidaan siis kvalitatiivisessa tutkimuksessa kuvata monin eri tavoin. Lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen, johon sisältyy ajatus siitä, että todellisuus on moninainen. On kuitenkin otettava huomioon, että tapahtumat muovaavat samanaikaisesti toinen toistaan ja on mahdollista löytää monen suuntaisia suhteita. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään siis tutkimaan kohdetta mahdollisimman laajasti. Tutkijan tulee myös ymmärtää se, että arvot muovaavat sitä, miten ymmärrämme tutkimiamme ilmiöitä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyrkimyksenä on löytää tai paljastaa tosiasioita, ennemmin kuin todentaa jo olemassa olevia väittämiä. (Hirsjärvi ym. 2013, 160–164.)

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimusmenetelmän analyysi koostuu kahdesta vaiheesta, havaintojen pelkistämisestä ja arvoituksen ratkaisemisesta. Tällaisen erottelun voi tehdä vain analyttisesti, sillä käytännössä ne nivoutuvat aina toisiinsa. Havaintojen pelkistämisessä tarkastellaan aineistoa aina vain tietyistä näkökulmasta. Siinä kiinnitetään huomiota vain siihen, mikä on teoreettisen viitekehyksen ja kulloisenkin kysymyksen asettelun kannalta olennaista. Tässä tulee ottaa huomioon myös se, että samassa tutkimuksessa voidaan aineistoa tarkastella monesta eri näkökulmasta ja analyysin kohteena oleva tekstimassa tai muu aineisto pelkistyy ensin erillisiksi raakahavainnoiksi. Arvoituksen ratkaisemisella taas tarkoitetaan sitä, että tuotettujen johtolankojen ja käytettävissä olevien vihjeiden pohjalta tehdään merkitystulkinta tutkittavasta ilmiöstä. Tällä voidaan tarkoittaa empiirisen sosi-aalitutkimuksen metodiikasta puhuttaessa vastaavaa vaihetta, jota kutsutaan tulosten tulkinnaksi. Arvoituksen ratkaisemisen vaiheessa johtolankoina ei käytetä vain pelkistämisen vaiheen pohjalta muotoiltuja absoluuttisesti aineistossa päteviä havaintolauseita, vaan ratkaisemisen yhteydessä kysymyksen asettelujen avulla tul- leita erityisiä, yksittäisiä tapoja, joilla eri ihmiset ilmaisevat jonkin asian. (Alasuutari 2001, 39–47.)

6.2 Tutkimusaineiston keruu

Päätimme toteuttaa aineiston keruun sähköisellä kyselylomakkeella, koska kohde-ryhmämme sijaitsi laajalla alueella, eikä olisi ollut mahdollista löytää aikaa haastat- telujen tekemiseen kasvotusten. Kyselyssä meillä oli paljon avoimia kysymyksiä, joilla pyrimme tuomaan kvalitatiivista eli laadullista puolta tutkimukseemme. Kysely oli myös hyvä vaihtoehto, koska vastaajat olivat kaikki työntekijöitä, joten luotimme heidän ammatilliseen mielenkiintoonsa ja velvollisuuteensa osallistua tutkimukseen. Kyselyssämme käytimme puolistrukturoidun haastattelun menetelmää, jossa kysy- mykset ovat kaikille samat, mutta niissä ei käytetä valmiita vastausvaihtoehtoja, vaan vastaaja saa kertoa omin sanoin.

Perinteinen tapa kerätä tutkimusaineistoa on kyselylomake ja sitä on pidetty erityi- senä aineistonkeruumenetelmänä aina 1930-luvulta alkaen. Se ei tarkoita pelkäs-

tään postilaatikkoon kolahtavaa lomaketta, johon tulisi vastata ja palauttaa kirjekuoressa vaan kyselyn muoto voi vaihdella tarkoituksen ja kohderyhmän mukaan. Muotoillessa kysymyksiä tulee olla huolellinen, sillä ne luovat perustan tutkimuksen onnistumiselle. Kysymysten vääränlainen muotoilu voi aiheuttaa virheitä tutkimustuloksiin, koska vastaajat eivät ajattele samalla tavalla tutkijan kanssa, jolloin tulokset vääristyvät. On siis tärkeää, että kysymykset ovat yksiselitteisiä, eivätkä johdattelevia. Niiden muotoilu lähtee tutkimuksen tavoitteista ja tutkimusongelmista. Aineistoa on syytä lähteä keräämään vasta, kun tutkimusongelmat ovat täsmentyneet, koska silloin tiedetään mitä tietoa aineistonkeruulla pyritään löytämään. Sen avulla vältetään myös turhilta kysymyksiltä ja toisaalta muistetaan kysyä kaikki oleellinen. Kyselylomake voidaan aloittaa taustakysymyksillä, esimerkiksi kysymällä sukupuolta, ikää ja koulutusta, jolloin ne toimivat lämmittelykysymyksinä varsinaiseen aiheeseen. Tärkeää on myös miettiä lomakkeen pituutta, sillä liian pitkä lomake saa vastaajan luopumaan vastaamisesta jo ennen kuin edes tutustuu siihen tarkemmin. Jos lomake on liian pitkä, viimeisiin kysymyksiin saatetaan vastata liian hätäisesti ja ilman suurempaa pohdintaa, minkä takia voi tutkimuksen luotettavuus kärsiä. (Aaltola & Valli 2007, 102–105.)

Tutkimuksessamme vertailemme tuloksia vuoden 2012 selvityksen tuloksiin ja pyrimme tuomaan esille asioita, jotka ovat kehittyneet, mutta myös asioita, joissa olisi vielä kehitettävää. Tutkimuksessamme on piirteitä vertailevasta tutkimuksesta, jossa analysoidaan aina yhteiskunnallisten järjestelmien ominaisuuksien vaihtelua. Vertailevassa tutkimuksessa yhteiskunnalliset järjestelmät eivät kuitenkaan sinällään ole vertailun kohteita, vaan kiinnostuksen kohteena tutkimuksessa voi olla systeemien ominaisuudet. Kvantitatiivisessa eli määrällisessä vertailevassa tutkimuksessa huomio kohdistetaan vain pieneen joukkoon muuttujia, joita sitten analysoidaan suuressa tapausjoukossa. Siinä tavoitteena on löytää yleistettäviä selityksiä. Tätä menetelmää voidaan käyttää silloin, kun tavoitteena on löytää laajoja yleisiä toimintamalleja. Kvalitatiivisessa eli laadullisessa vertailevassa tutkimuksessa huomio kiinnitetään useaan muuttujaan vain muutamien tapauksen välillä. Siinä tavoitteena on osoittaa, miten eri piirteet muodostavat tapauksen ja mikä eri tapauksissa on yhteistä ja mikä taas erilaista. (Räsänen, Anttila & Melin 2005, 54–58.)

Tutkimuksessamme rakensimme kyselyn vuonna 2012 laadittujen toimenpidesuosituksen mukaisesti, koska tarkoituksenamme oli selvittää kuinka ne ovat toteutuneet. Analysoimme saamiamme tuloksia myös toimenpidesuosituksiin pohjautuen ja vertaillen, jolloin saimme kattavan tiedon siitä, mitä muutoksia on tapahtunut viimeisen viiden vuoden aikana. Hirsjärvi (2013, 221) toteaa, että tärkein vaihe tutkimuksessa on aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko. Analyysivaiheessa hänen mukaansa selvitetään, minkälaisia vastauksia tutkittaviin ongelmiin saadaan. Hän myös huomioi, että analyysivaiheessa voi selvitä ongelmien asetteluun olleen väärä. Opinnäytetyömme tutkimusosuuden analyysivaiheessa saimme kokonaisvaltaisen kuvan siitä, mitkä ovat tutkimusongelmia, jolloin tutkimuskysymyksemme vasta muotoutuivat lopulliseen muotoonsa.

Tutkimustapana käytimme osittain laadullista menetelmää, jossa aineistoa on mahdollista käsitellä teemoittelun, tyypittelyn, sisällönerittelyn, diskurssianalyysin ja keskusteluanalyysin avulla. Vaikka aineistomme oli kerätty kyselyllä, päätimme käyttää teemoittelun menetelmää sen analysoinnissa, koska vastaukset olivat hyvin kuvaavia ja kattavia. Aineiston analyysin aloitimme kokoamalla vastaukset yhteen toimenpidesuosituksen alle. Teemoitimme vastaukset siis toimenpidesuosituksen mukaisesti, korostaen tärkeitä teemoja, kuten mielenterveyskuntoutujan osallisuus ja vaikutusmahdollisuus itseään koskevissa asioissa. Tämä menetelmä oli selkeä ja sen avulla oli helppo analysoida kokonaiskuvaa siitä, miten palveluiden tuottaminen toimii ja missä olisi vielä kehitettävää. Vastausten teemoittelun jälkeen aloimme kirjoittaa tuloksia tekstiksi, jolloin tuli yhtenäinen kuva kunkin teeman vastauksista. Lopuksi johtopäätösluvussa vertailimme saatuja tuloksia vuoden 2012 selvityksen tuloksiin, jonka perusteella vastasimme tutkimuskysymyksiimme, eli onko muutosta tapahtunut. (Hirsjärvi ym. 2013, 224.)

6.3 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksemme pyrimme tekemään mahdollisimman luotettavasti, niin että siitä saadut tulokset olisivat hyödyllisiä ja Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystaloustieteiden tutkimuskeskus Soite voisi niitä käyttää mahdollisena tiedon lähteenä. Pyrimme siihen, että tutkimuksemme olisi mahdollisimman reliaabeli eli tutkimuksella olisi kyky antaa

ei-sattumanvaraisia tuloksia niin, että siinä olisi toistettavuutta. Tuloksien toistettavuus eli reliaabelius todetaan usealla tavalla, esimerkiksi kahden arvioijan päätymistä samanlaiseen tulokseen tai kun samaa henkilöä tutkitaan eri kerroilla ja saadaan sama tulos.

Tutkimuksen arviointiin liittyy myös validius, eli pätevyys. Sillä tarkoitetaan tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin. Pyrimme tutkimuksesamme kiinnittämään erityisesti huomiota siihen, että keskityimme keräämään selaista tietoa, mikä vastaa tutkimuskysymyksiimme. Tähän auttoi kyselyn muokkaaminen moneen kertaan sekä vuoden 2012 tehdyn selvityksen läpikäyminen. Tutkimuksen pätevyyden määrittelemisessä tulee muistaa, että mittarit ja menetelmät eivät aina vastaa sitä todellisuutta, jota tutkija kuvittelee tutkivansa. Tästä esimerkkinä on tilanne, jossa kyselylomakkeen kysymyksiin saadaan vastaukset, mutta vastaajat ovat voineet käsittää monet kysymykset toisin kuin tutkija on ajatellut. Tutkimuksesamme käytimme sekä määrällistä että laadullista tutkimusta ja niissä kummasakin voidaan validiutta tarkentaa käyttämällä tutkimuksessa useita menetelmiä. Tästä käytetään nimeä triangulaatio, jossa sekoitetaan eri menetelmiä tai siinä tutkimukseen voi osallistua useita tutkijoita aineistonkerääjinä sekä tulosten analysoijina. (Hirsjärvi ym. 2013, 231–233.)

Pyrimme toteuttamaan tutkimuksemme eettisyyden näkökulmasta, jolloin noudatimme sosiaalialan ammattilaisen tavoin itsemääräämisoikeutta, osallistumisoikeutta, oikeutta tulla kohdelluksi kokonaisvaltaisesti sekä oikeutta yksityisyyteen. Osallistumisoikeudella tarkoitetaan sitä, että ammattilaisen tulee työssään keskittyä asiakkaansa ja häntä ympäröivän yhteisön vahvuuksien löytämiseen ja vahvistamiseen. Otimme huomioon vastaajiemme yksityisyyden ja anonyymiyden ja tulemme tuhoamaan kaikki aineiston keruuseen, sekä tutkimukseen liittyvät tekstit ja tiedostot asianmukaisesti.

Sosiaalialan ammattilainen sitoutuu voimavarojen lisäämiseen ja myönteisten ratkaisumallien kehittämiseen. Ongelmien ja epäkohtien esiin nostaminen on ammattihenkilölle tärkeää ja jopa välttämätöntä, jos halutaan saada aikaan muutosta. Sosiaalialan ammattilaisen mahdollisuus vaikuttaa on osallistumalla alansa asiantuntijana erilaisiin kehittämisohjelmiin. Ammattihenkilön tulee kuitenkin muistaa anta-

essaan lausuntoja ja osallistuessaan erilaisiin kehittämisprojekteihin, että hänen tulee olla mahdollisimman avoin, mutta ottaa huomioon salassapitovelvollisuus sekä yksityisyyden suoja. Tämä on erityisen tärkeää tiedottaessa ihmisten elinolosuhteista ja sosiaalisista ongelmista. Sosiaalialan ammattilaisen tulee harkita tarkkaan, mitä vaikutuksia tietojen antamisella on asianomaisten ihmisten ja yhteisöjen elämään. Näiden eettisten näkökulmien huomioon ottaminen oli myös suuressa osassa tutkimustamme ja yritimme esittää tulokset mahdollisimman tarkasti ja mitään pois jättämättä, mutta kuitenkin eettisten ohjeiden mukaisesti. (Talentia ry 2013, 8–26.)

7 TUTKIMUSTULOKSET

Tässä luvussa avaamme opinnäytteemme tutkimusosan. Tutkimustulokset on jaettu teemoittain aluksi esiteltyjen toimenpidesuositusten mukaan.

1. Asumisen painopistettä siirretään tavallisiin asuntoihin. Kotona asumista tuetaan yksilöllisillä avopalveluilla.

Neljä kuudesta vastaajasta vastasi toimenpidesuosituksen käyneen toteen tyydyttävästi. Yksi vastaajista perusteli tyydyttävän arvionsa siten, että kaikenlaista asumispalvelua tarvitaan. Lisäkysymyksenä kysyimme; Onko asumisen painopistettä onnistuttu siirtämään tavallisiin asuntoihin vuoden 2012 jälkeen? Tähän vastattiin, että muutosta parempaan on tapahtunut, mutta ei sovi unohtaa tehostetun palveluasumisen tarvetta.

Aiemmin tuettua asumista oli vähiten tarjolla, mutta tilanne on parantunut viime vuosien aikana. Tehostettu asumispalvelu on aina ollut erityisen tarkastelun alla kustannusten takia. Mutta sitäkin palvelua tarvitaan. (V6)

Tuettua asumista on voitu järjestää viime vuosina aiempaa enemmän. Muutamia asiakkaita on siirtynyt normaaleihin vuokra-asuntoihin, mutta palveluasumisen määrää on vaikea vähentää, koska koko ajan tulee uusia asiakkaita palvelujen piiriin. (V6)

Yksi vastaajista perusteli tyydyttävän vastauksensa Soiten kiireisellä aikataululla ja suurilla tavoitteilla valtakunnan tasolla. Tämä tarkoittaa sitä, että vastaaja ei ollut täysin tyytyväinen suosituksen toteutumiseen.

Edelleen vastauksen vaikeus: Soiten liian kiire aikataulu tässäkin asiassa. Visalan äkillinen lopetus aiheutti ruuhkaa palveluiden suhteen, nyt ollaan jumissa ja vähästä edelleen pitäisi vähentää. Tajuttomat tavoitteet valtakunnan tasolta asetettu maakuntiin. Huh... (V3)

Kannatan toki tuettua asumista, mutta missä hoitoresurssit? Nytkin liian vähän avotyöntekijöitä maakunnissa? Ennen Soitea suunnitelmat olivat mielestäni järkeviä. Nyt kauhealla kiireellä mennään ojasta allikkoon. Paperilla "hienoja" suunnitelmia, jotka eivät millään toteudu tällä hoitohenkilöstöllä! Pyörää yritetään kehitellä uudestaan! (V3)

Yksi vastaajista vastasi suosituksen toteutuneen mielestään hyvin, perustellen vastaustaan sillä, että tuettua asumista on saatu lisättyä. Toimenpidesuositukseen toinen vastasi suosituksen toteutuneen erittäin hyvin. Hän perusteli vastauksensa mielenterveyskuntoutujien siirtymisellä kevyempien palveluiden piiriin sekä vastasi, että on perustettu mielenterveyskuntoutujien kotihoitotiimi. Kysyimme täydentävänä kysymyksenä; Onko asumisen painopistettä onnistuttu siirtämään tavallisiin asuntoihin vuoden 2012 jälkeen? Vastauksista nousi esille, että joitakin asiakkaita on siirtynyt kevyempien palveluiden piiriin. Kävi myös ilmi, että osa omissa asunnoissa asuneista henkilöistä on myös siirtynyt palveluasumisen piiriin. On myös perustettu mielenterveyskuntoutujien kotihoitotiimi, joka tukee omissa asunnoissa asuvia mielenterveyskuntoutujia. Tätä toimintaa vastaajat toivoivat kehitettävän. Kehittämistarpeita olisi esimerkiksi mielenterveystyön osaaminen ja resurssien lisääminen koti-hoidossa.

Että jonkin verran. Erityisesti nuorten osalta tavoite on onnistunut paremmin. (V1)

2. Kuntoutujien vaikutusmahdollisuuksia omaa asumista ja palveluita koske- vissa ratkaisuissa lisätään.

Puolet vastaajista vastasivat toimenpidesuosituksen toteutuneen tyydyttävästi, kun taas puolet totesivat suosituksen toteutuneen hyvin. He perustelivat hyvää arvioi-taan lisäkysymyksen; Miten kuntoutujien vaikutusmahdollisuuksia omaa asumista ja palveluita koskevissa palveluissa on lisätty? tukemana seuraavasti;

Kuntoutujille kerrotaan käytössä olevat vaihtoehdot huomioiden kun-toutujan terveydentila. (V2)

Kuntoutujien mielipidettä kuunnellaan ja otetaan huomioon mahdolli-suuksien mukaan. Mielipiteet ei aina ole realistisia kuntoutujien psyyk-kisestä kunnosta johtuen, mutta tällöin pyritään neuvottelemaan ja löy-tämään hyvä ratkaisu. (V5)

Kuntoutujia kuullaan nykyään enemmän ja palvelusuunnitelmien tarkis-tuksia on tiivistetty. (V1)

Puolet vastaajista oli sitä mieltä, että mielenterveyskuntoutujien vaikutusmahdolli-suudet ovat hyvät ja asiakkaiden toiveita pyritään ottamaan huomioon. Haasteita

kuitenkin on, esimerkiksi asumispalveluiden ruuhkautuminen ja taloudelliset paineet. Yksi vastaajista kuitenkin toi ilmi, että mielenterveyskuntoutujilla ei hänen mielestään ole vaikutusmahdollisuuksia juurikaan. Hän ei kuitenkaan perustellut vastaustaan mitenkään. Lähes kaikista vastauksista kuitenkin ilmeni, että jotain kehitystä mielenterveyskuntoutujien vaikutusmahdollisuuksissa on tapahtunut.

Toimenpidesuositus pitää sisällään paljon tietoa kuntoutujien vaikutusmahdollisuuksista koskien omaa asumista ja palveluita koskevia ratkaisua, joten teimme laajan taulukon (Taulukko 1.), jonka lisäkysymyksillä saimme vastauksia laajasti asteikolla 1 = erittäin huonot ja 5 = erittäin hyvät. Kysyimme pääkysymyksenä; Minkälaisia vaikutusmahdollisuuksia kuntoutujilla on seuraaviin omaa asumistaan koskeviin asioihin?

Taulukko 1. Minkälaisia vaikutusmahdollisuuksia kuntoutujilla on seuraaviin omaa asumistaan koskeviin asioihin?

	1. Erittäin huonot	2. Huonot	3. Kohtalaiset	4. Hyvät	5. Erittäin hyvät	Yhteensä	Keskiarvo
a. Omaa asumista ja palveluita koskevissa asioissa	0	0	5	1	0	6	3,17
b. Asuinpaikkakunnan ja asumismuodon valinnassa	0	1	4	1	0	6	3
c. Tarjoamalla mahdollisuus tutustumiskäyntiin asumisyksikössä ja tarvittaessa asumiskokeiluun	0	2	1	2	1	6	3,33
d. Palvelu- ja kuntoutussuunnitelman päivittämisessä siten, että kuntoutujalla itsellään on mahdollisuus esittää suunnitelmien päivittämistä	0	2	0	3	1	6	3,5
e. Asumisyksikön sisällä omaan kuntoutumiseen ja yksikön toimintaan liittyen	0	2	2	2	0	6	3
f. Kuntoutujia ja heidän omaisiaan tulee kuulla myös laajemmalla alueella mielen-terveyspalvelujen kehittämistyössä	0	3	3	0	0	6	2,5
Yhteensä	0	10	15	9	2	36	3,08

Omaa asumista ja palveluita koskevissa asioissa vaikutusmahdollisuudet ovat keskimäärin kohtalaiset, samoin kuin asuinpaikkakunnan ja asumismuodon valinnassa. Kuntoutujille tarjotaan joissain tapauksissa mahdollisuudet tutustumiskäynteihin asumisyksikössä ja tarvittaessa asumiskokeilua. Vaikutusmahdollisuudet palvelu –

ja kuntoutussuunnitelman päivittämiseen on kuntoutujilla kohtalaiset tai hyvät. Kuntoutujien vaikutusmahdollisuudet asumisyksikön sisällä omaan kuntoutumiseen ja yksikön toimintaan liittyen vaihtelevat palveluntuottajista riippuen. Kuntoutujien ja heidän omaisten kuulemisessa on selkeästi vielä parannettavaa.

Lisäkysymykseen; Koetko, että kuntoutujien osallisuutta päätösten teossa tulisi edelleen lisätä? Ja miten kuntoutujien osallisuutta päätösten teossa voisi lisätä? Vastaajista puolet vastasi kuntoutujien osallisuuden päätösten teossa toteutuvan hyvin. Kahden mielestä osallisuutta tulisi lisätä ja löytää uusia keinoja siihen.

Soiten asiakasraateihin voidaan ottaa mukaan myös mielenterveyskuntoutujia, joka lisää heidän osallisuuttaan päätöksenteossa. (V5)

Kuntoutujien osallisuutta voidaan myös lisätä keskustelutilaisuuksilla alan järjestöjen kanssa. (V1)

Tyydyttävästi lisäkysymykseen osallisuuden lisäämisestä vastasi puolet. Vastauksista ilmeni, että asiakkaita pyritään aina kuulemaan, kuitenkin asumispalveluiden paikkatilanteet vaikuttavat tarjottaviin vaihtoehtoihin sekä taloudelliset paineet ovat suuret, joka taas vaikuttaa asiakkaiden vaikutusmahdollisuuksiin.

Tällä hetkellä määrätään, ei vaihtoehtoja juurikaan. (V3)

Asiakkaan toiveet pyritään aina ottamaan huomioon, usein kuitenkin asumispalveluiden paikkatilanne vaikuttaa paljon siihen, mitä vaihtoehtoja milloinkin asiakkaalle voidaan tarjota. Taloudelliset paineet asumis- ja tukipalveluissa ovat suuret ja se valitettavasti vaikuttaa myös asiakkaiden vaikutusmahdollisuuksiin. (V6)

Täydennyskysymykset olivat; Koetko, että kuntoutujien osallisuutta päätösten teossa tulisi edelleen lisätä? Miten kuntoutujien osallisuutta päätösten teossa tulisi lisätä? Näihin kysymyksiin vastaajista puolet totesi, että kuntoutujien osallisuuden toteutuminen päätösten teossa on vielä muutosvaiheessa isojen organisaatiomuutosten vuoksi. Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystaloustyöryhmä Soite aloitti toimintansa vuoden alussa 2017.

Kuntoutujien osallisuutta pitäisi lisätä ja omaiset tulisi ottaa mukaan suunnitteluun. Palveluita tulisi saada läheltä omaa kotiseutua. Kuntoutujien tarpeita ja toiveita pitäisi kuulla enemmän prosessien eri vaiheissa ja kirjata ne, jotta ne pysyvät näkyvillä. (V4)

3. Kuntoutujille tulee olla tarjolla erilaista kodinulkopuolista toimintaa ja tukea siihen osallistumiseen.

Yksi vastaaja on todennut suosituksen toteutuneen erittäin hyvin. Hän perustelee vastaustaan seuraavasti, avotyötoimintaa on kehitetty yhteistyössä Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen kanssa. Hänen mielestä kuntoutujilla on erittäin hyvät mahdollisuudet osallistua kodin ulkopuoliseen toimintaan, esimerkiksi harrastuksiin ja vapaa-ajan toimintaan. Hänen mielestään toimintaa kodin ulkopuolella järjestetään tarpeeksi ja lähes kaikki asiakkaat pääsevät työ tai päivätoiminnan piiriin. Kaksi vastaajaa vastasi suosituksen toteutuneen hyvin. He perustelevat vastaustaan siten, että päivä- ja työtoimintaa on kehitetty, esimerkiksi Green Care toimintaa. Heidän mielestään palveluiden tuottajille olisi tarvetta. Kuntoutujilla on heidän mielestään mahdollisuus osallistua esimerkiksi kuntien, yhdistysten ja järjestöjen toimintaan, kuten muillakin kuntalaisilla. Kuitenkin toiminnot keskittyvät kuntakeskuksiin, joten pitemmän matkan takaa on vaikea kulkea. Vastaajien mielestä osallistumismahdollisuuksia voitaisiin lisätä, esimerkiksi pitämällä harrastusten, kurssien hinnat kohtuullisina ja ryhmät sopivan pieninä, sekä kannustettaisiin osallistumiseen. Kuntoutujien mahdollisuudet osallistua kuntouttavaan työ - tai päivätoimintaan tai erilaisiin vapaa-ajan harrastuksiin vaihtelevat suuresti.

Kaksi vastaajaa vastasi toimenpidesuosituksen kodinulkopuolisesta toiminnasta toteutuneen tyydyttävästi, eli kehitettävää olisi vielä. Toinen heistä perustelee vastaustaan seuraavasti:

Avotyötoiminta on melko vähäistä edelleen. Päivätoiminnassa on tarjolla erilaisia ryhmiä, erityisesti kotona/omassa asunnossa asuvia nuoria on yritetty saada toimintaan mukaan, mutta se on osoittautunut hyvin haasteelliseksi. Yhteistyö etsivän nuorisotyön kanssa toimii ja on tärkeää. Ne asiakkaat jotka ovat jo ryhmätoiminnassa ovat halukkaita jatkamaan ja osallistumaan uusiinkin ryhmiin. Selkeä kehittämiskohde olisi se, miten ryhmätoiminnasta asiakkaita saataisiin siirtymään tavallisten, kaikille kuntalaisille tarkoitettujen harrastusten pariin. (V6)

Yksi vastaajista kokee, että mielenterveyskuntoutujilla on mahdollisuuksia valita, mutta tänä vuonna hakeminen on vaikeutunut ja tuonut epävarmuutta. Haasteelliseksi valinnan tekee esimerkiksi maksusitoumuksien saaminen.

Toinen vastaajista kertoo mielenterveyskuntoutujien mahdollisuuksista osallistua kodin ulkopuoliseen toimintaan, että hänen mielestään mahdollisuuksia löytyy jonkin verran. Haasteina ovat pitkät välimatkat ja kulkeminen, sekä kuntoutujien pienet tulot, jotka saattavat rajoittaa osallistumista ja harrastamista. Yksin lähteminen voi olla myös haaste ja moni tarvitsisi jonkun joka lähtisi mukaan. Yhden vastaajan mielestä mahdollisuudet ovat taas hyvät, kunhan maksusitoumusten/maksajan toimitavat selkeytyvät samalle mallille kuin Jyta-aikana olivat.

Vastaajan mielestä osallistumismahdollisuuksia voitaisiin lisätä jonkinlaisen saatteen-vaihteen palvelun avulla, jolla tarkoitetaan kuntoutujien rohkaisemista lähteä mukaan toimintoihin.

Toki osalle asiakkaista on riittävästi haastetta jo siinä, että osallistuu kuntoutujille järjestettyyn päivätoimintaa. Jotta voitaisiin ottaa uusia asiakkaita ryhmätoiminnan piiriin, jonkin verran asiakkaita pitäisi siirtää kaikille kuntalaisille suunnatun toiminnan piiriin. (V6)

Yksi vastaaja pitää tärkeänä, että lähipalvelut mahdollistetaan ja ne pidetään kaikkien saatavilla. Vastaajan mielestä kodin ulkopuolella järjestettyä toimintaa on tarpeeksi ja hän painottaa Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen tärkeyttä. Hänen mielestä mielenterveyskuntoutujilla on hyvät mahdollisuudet osallistua yhteiskunnalliseen toimintaan, kunhan vaikeudet ja epävarmuus saadaan selvennettyä ja tasavertaisiksi.

Yhden vastaajan mielestä toimenpidesuositus kodinulkopuolisesta toiminnasta ja tuesta siihen osallistumiseen on tullut toteen huonosti.

Ainakin pienemissä kunnissa sitä (..avopalveluita) on huonosti ja palvelut ovat koko ajan menneet huonompaan suuntaan ja kauemmaksi. (V4)

Hänen mielestään kuntoutujien mahdollisuudet osallistua yhteiskunnalliseen toimintaan ovat rajalliset varsinkin asiakkaalla joka asuu pienessä kunnassa. Tämä johtuu siitä, että palvelut ovat keskittyneet liiaksi isompiin asutuskeskuksiin.

4. Asumisratkaisujen tulee olla kuntoutumista tukevia ja laatusuositusten mukaisia.

Neljän kyselyyn vastanneen mielestä toimenpidesuositus toteutuu hyvin. Toimenpidesuositusta tukeva kysymys; Miten asumispalvelut tukevat asiakkaan kuntoutusta? jakoi kuitenkin mielipiteitä. Puolet vastanneista olivat sitä mieltä, että asumispalvelut tukevat asiakkaan kuntoutumista melko hyvin, kun taas vastaajista yksi koki, että ne tukevat asiakkaan kuntoutusta kohtalaisesti. Hän toi esille, että oli tyytyväinen Jytan-aikana, eli aikana ennen Soitea.

Hänen mielestään mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut tulisi pysyä viime vuoden tasolla (2016), eikä niitä missään tapauksessa saisi vähentää, niin kuin vastaajan mielestä Soiteessa tällä hetkellä tapahtuu.

Kahden vastaajan mielestä toimenpidesuositus on toteutunut tyydyttävästi. Heidän mielestään asumispalvelut tukevat asiakkaan kuntoutumista kohtalaisesti. Toisen vastaajan mielestä kuntoutujien asuminen on parantunut uusien tilojen suhteen. Hänen mielestään laatusuositus asumista tukevista palveluista on toteutunut aika hyvin, kehitettävää on vielä tila-asioista ja osallisuudessa sekä palveluiden saavutettavuudessa voi olla maaseudulla ongelmia pitkissä matkoissa. Toisen mielestä parannettavaa edelleen on. Hän ei ole perustellut vastaustaan.

5. Palvelu – ja kuntoutussuunnitelmien laatimista selkeytetään ja niiden laatimiseen luodaan yhdenmukaiset käytännöt.

Kahden vastaajan mielestä laatusuositus on toteutunut hyvin. Kysyimme, millainen on palvelu- ja kuntoutussuunnitelman laatiminen. Toinen vastaaja ei vastannut kysymykseen, toinen vastasi, että:

Palveluja paljon käyttävien –prosessi. Tuonut valoa yhdenmukaisuutta ajatellen. Parempaan suuntaan mennään! (V3)

He kertoivat, että kuntoutujat ovat mukana palvelu- ja kuntoutussuunnitelman laatimisprosessissa kiitettävästi ja osallistuvat henkilökohtaisesti suunnitelmien laatimiseen. Toisen mielestä vaikutusmahdollisuudet valintoihin heikentyvät Soiten myötä. Vastaajien mielestä palvelu- ja kuntoutussuunnitelmat ovat selkeitä.

Toimenpidesuositus toteutui tyydyttävästi vastaajista suurimman osan mielestä. Vastaajat kertoivat, että:

Prosessia on pyritty kehittämään ja kiinnittämään huomiota siihen, että suunnitelmia tarkistetaan tarpeen mukaan eikä muodostu niin sanottuna ”ikuisuussuunnitelmia”. (V1)

Asiakas, hänen läheisensä/edunvalvoja ja asiakkaan palveluita tuottavat kokoontuvat yhteiseen palaveriin, jonka pohjalta suunnitelma laaditaan. (V5)

Meillä oli kunnianhimoinen tavoite siitä, että asiakkaille tehtäisiin yhteistyössä vain yksi suunnitelma, mutta se osoittautui käytännössä mahdottomaksi. Suunnitelmia tehdään eri lähtökohdista ja myös eri lainsäädäntöjen mukaisesti. Saumattomaan sote-yhteistyöhön on vielä matkaa. (V6)

Vastaajista puolen mukaan kuntoutuja on mukana laatimassa palvelu- ja kuntoutussuunnitelmaa. Yksi vastaajista kertoi, että kuntoutuja kutsutaan aina mukaan suunnitelman laadintaan ja yleensä kuntoutuja on myös mukana miettimässä, keitä palaveriin kutsutaan.

Yhden vastaajan mielestä palvelu- ja kuntoutussuunnitelma on suhteellisen selkeä, kun taas toisen mielestä Soitessa suunnitelmia olisi vielä selkeytettävä. Kolmas vastaaja on sitä mieltä, että suunnitelmia on monenlaisia, joista osa varmasti hyvin selkeitä, mutta osa ei. Terveysten ja hyvinvoinninlaitoksen ohjeistus määrämuotoisesta kirjaamisesta tulee varmasti aikanaan jonkin verran tilannetta selkeyttämään.

6. Palvelujen suunnitelmallista järjestämistä, valvontaa ja arviointia kehitetään.

Neljän vastaajan mielestä toimenpidesuositus palveluiden suunnitelmallisesta järjestämisestä, valvonnasta ja arvioinnin kehittämisestä toteutuu hyvin. Kysyimme, miten mielenterveyskuntoutujien asumispalveluita arvioidaan ja valvotaan? Palvelujen valvonta tapahtuu pääasiassa asiakastapaamisten yhteydessä. Valvontaa vahvistetaan esimerkiksi asiakkailta tulleilta vinkeillä.

... Valvonta tehdään etupäässä palvelusuunnitelmien ja muiden tapaamisten yhteydessä. Asiakkailta tai omaisilta tulleet vinkit johtavat myös

valvonnan tiivistämiseen. Jonkin verran tehdään myös varsinaisia erilisiä valvontakäyntejä. (V1)

Vastaajat kertoivat myös, että valvontaa ja arviointia järjestetään säännöllisesti vuosittain kuntoutussuunnitelman tarkastuksen yhteydessä ja valvontakäynneillä asumispalveluyksiköissä.

Kysyimme kehittämis ehdotuksia arviointiin ja valvontaan. Valvontaan toivottiin enemmän resursseja ja palveluiden tuottajien kanssa enemmän yhteistyötä. Tärkeänä pidettiin myös, että arviointia tehtäisiin hoitavan tahon ja yhdessä asiakkaiden ja heidän lähiverkostonsa kanssa.

Kahden vastaajan mielestä toimenpidesuositus on tyydyttävästi toteutunut. Yksi vastaaja kertoi, että mielenterveyskuntoutujien asumispalveluita arvioidaan ja valvotaan käymällä asumispalveluyksiköissä ja tapaamalla asiakkaita.

Nyt uudessa organisaatiossa tätä on painotettu aiempaa enemmän. Toki vielä puuttuu resursseja tämän työn tekemiseen. (V6)

Hän myös kehittäisi arviointia ja valvontaa selkiyttämällä vastuuta ja lisäämällä resursseja.

Lopuksi annoimme vielä vapaan sanan kertoa mielenterveyskuntoutujien asumispalveluista ja niiden järjestämisestä. Saimme erilaisia kommentteja minkälainen palvelu tulevaisuudessa olisi hyvää ja mikä työntekijän ja kuntoutujan näkökulmasta olisi ihanteellinen tilanne. Meille jaettiin myös ajatus siitä, miksi toimivaa palvelua pitää hajottaa. Kommenteissa näkyy myös kuntoutujien osallisuuden tukeminen, kuitenkin samalla huoli siitä, kun kuntoutuja ei näe omaa parastaan.

Työntekijän näkökulmasta tilanne on hyvä silloin, kun olisi aina vapaita paikkoja erilaisissa asumisyksiköissä lähiseudulla ja asiakkaalle löytyisi aina paras mahdollinen vaihtoehto. Mielenterveyskuntoutujien kanssa työskentelyyn liittyy myös se, ettei kuntoutuja aina osaa arvioida sairautensa vuoksi omaa parastaan (esim. asiakkaalla laajennettu edunvalvonta asumispalvelun järjestämistä varten) ja joudutaan toimimaan vastoin asiakkaan omaa tahtoa. (V6)

Kuntoutumiskotiaika oli kulta-aikaa. Siinä yhteisöhoidollinen ote toimi ja edistystä tapahtui kuntoutujan polulla ylöspäin kohti yksilöasumista.

Halusin vain sanoa tämän. Miksi aina hajotetaan toimivaa palvelua?
(V3)

Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden kehittämisessä pitäisi kiinnittää jatkossa entistä enemmän huomiota kotiinsuunnattavan tuen kehittämiseen, joustavuuteen, yksilölliset tarpeet huomioon ottavaan kuntoutukseen, jossa hyödynnettäisiin sosiaalisia yhteisöjä kodinulko-puolella. Ns. asumisyksiköiden määrää tulisi saada alemmas ja vapautuvat resurssit tulisi suunnata kuntouttamiseen, ohjaukseen, tukeen, joka suunnataan koteihin. (V1)

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää ovatko vuonna 2012 tehdyn selvityksen toimenpidesuosituksukset toteutuneet. Lisäksi selvitimme, mitä kehitettävää mielenterveyskuntoutujien asumisessa ja asumispalveluissa on. Tässä luvussa vertailaan tutkimuksemme tuloksia aiempaan selvitykseen ja sitä kautta pyrimme selvittämään, minkälaista kehitystä on tapahtunut. Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa mielenterveyskuntoutujien asumisesta ja asumispalveluista työntekijöiden näkökulmasta. Kyselyymme vastasi kuusi työntekijää, jotka työskentelevät sosiaali- ja terveysalalla mielenterveyspalveluissa. Vastaajiin saimme yhteyden Aspa-säätiön kautta, kun yhteyshenkilömme kanssa ryhdyimme toimeen opinnäytteen toteuttamiseksi. Pyrimme myös löytämään niitä palvelun kohtia, joissa olisi vielä kehitettävää ja selvittää haasteita joita kehittämisessä on.

Aineistona tutkimuksessa käytimme kyselyä, jossa keräsimme tietoa mielenterveyskuntoutujien asumisesta ja asumispalveluista Lesti- ja Perhonjokilaakson kunnissa. Tässä luvussa esittelemme taulukon avulla (Taulukko 2.) tutkimuksemme johtopäätökset perustuen 2012 tehdyn tutkimuksen toimenpidesuosituksiin. Teorian ja empiirisen aineiston pohjalta muotoutuneisiin tutkimuskysymyksiin vastaamme myös tässä luvussa.

Taulukko 2. Keskeiset tulokset mielenterveyskuntoutujien asumisesta ja asumispalveluista

	Onko toteutunut?	Miten on toteutunut?	Mitä kehitettävää on?	Mitä haasteita on?
1. Asumisen painopistettä siirretään tavallisiin asuntoihin. Kotona asumista tuetaan yksilöllisillä avopalveluilla.	On toteutunut melko hyvin.	Tuettua asumista on saatu lisättyä. On siirrytty kevyempien palveluiden piiriin. Perustettu kotihoitotiimi.	Omissa asunnoissa asuvien mielenterveyskuntoutujien tukea tulee kehittää ja resursseja lisätä.	Byrokratia ja Soiten muutokset.
2. Kuntoutujien vaikutusmahdollisuuksia omaa asumista ja palveluita koskevissa ratkaisuissa lisätään.	On toteutunut melko hyvin.	Kuntoutujia kuullaan ja huomioidaan enemmän.	Asiakkaiden toiveita tulisi huomioida enemmän. Kuntoutujien ja omaisten kuuleminen.	Asumispalveluiden tarjontaa ja taloudelliset paineet. Kuntoutujien osallisuus.
3. Kuntoutujille tulee olla tarjolla erilaista kodinulkopuolista toimintaa ja tukea siihen osallistumiseen.	On toteutunut hyvin.	Kuntoutujilla hyvät mahdollisuudet osallistua kodin ulkopuoliseen toimintaan.	Lisää palveluntuottajia kutsutaan. Osallistumismahdollisuuksien lisääminen. Avotyötoimintaa tulisi kehittää.	Toiminnot keskittyvät kuntakeskuksiin.

4.Asumisratkaisujen tulee olla kuntoutumista tukevia ja laatusuosituksen mukaisia.	O toteutunut melko hyvin.	Asumispalvelut tukevat asiakkaan kuntoutumista melko hyvin. Parantunut uusien tilojen suhteen.	Kehitettävää tila-asioissa. Kehitettävää osallisuudessa. Kehitettävää palveluiden saatavuudessa.	Taloudelliset kysymykset. Ruuhkat asumispalveluissa.
5.Palvelu- ja kuntoutussuunnitelmien laatimista selkeytetään ja niiden laatimiseen luodaan yhdenmukaiset käytännöt.	On toteutunut tyydyttävästi.	Suunnitelmat ovat selkeitä. Ei tehdä enää ns. "ikuisuus-suunnitelmia". Suunnitelma luodaan yhdessä läheisten kanssa.	Terveys- ja hyvinvoinnin laitoksen ohjeistus määrämuotoisesta kirjaamisesta otettaisiin käyttöön. Suunnitelmien yhdenmukaisuus.	Mielenterveyskuntoutujien vaikutusmahdollisuudet heikentyneet.
6.Palvelujen suunnitelmallista järjestämistä, valvontaa ja arviointia kehitetään.	On toteutunut hyvin.	Valvonta tapahtuu pääasiassa asiakastapaamisten yhteydessä. Valvontaa ja arviointia järjestetään säännöllisesti.	Valvontaan enemmän resursseja. Arviointia tulisi tehdä yhteistyössä hoitavan tahon ja asiakkaiden kanssa.	Resurssien puute.

Ensimmäisessä toimenpidesuosituksessa tavoitteena oli mahdollisimman monen kuntoutujan asuminen omassa kodissa joustavan tuen avulla. Vuonna 2012 mielenterveyskuntoutujat toivoivat voivansa muuttaa omaan asuntoon tai asua nykyisessä omassa asunnossaan mahdollisimman pitkään. Tämä edellyttäisi riittävien tukipalvelujen järjestämistä. Riittäviä tukitoimia ei pystytty Lesti- ja Perhonjokilaaksojen kunnissa järjestämään. Osa itsenäisesti tai tuetusti asuvista kuntoutujista mainitsi myös ongelmaksi korkeat asumiskustannukset. (Määttä 2012, 70–71.) Nyt vuonna 2017 muutosta parempaan on tapahtunut. Tuettua asumista on enemmän tarjolla ja palveluasumista on pystytty vähentämään. Palveluasumisen tarvetta ei kuitenkaan tule väheksyä, sillä kaiken tasoiselle asumiselle on tarve. Palveluasumista tulee järjestää, koska asuminen on jokaisen ihmisen perusoikeus ja mielenterveyskuntoutujista osa tarvitsee siihen tukea. (Mielenterveystalo, [viitattu 2.11.2017].) Sosiaalihuoltolain mukaan (L 30.12.2014/1301) 21§ sanotaan, että asumispalveluita tulee järjestää henkilöille, jotka erityisestä syystä tarvitsevat apua tai tukea asumisessa tai asumisen järjestämisessä. Toimenpidesuosituksen toteutumista perustellaan mielenterveyskuntoutujien kotihoitotiimillä. Kotihoitotiimi joka tukee omissa asunnoissa asuvia mielenterveyskuntoutujia, on mahdollistanut joidenkin asiakkaiden siirtymisen kevyempien palveluiden piiriin. Tässä toiminnassa vastaajien mielestä on vielä kehitettävää, kuten mielenterveystyön osaamisessa sekä kotihoidon resurssien lisäämisessä.

Toisessa toimenpidesuosituksessa nostettiin esille kuntoutujien vaikutusmahdollisuudet omaa asumista ja palveluita koskevissa päätöksissä. Vuonna 2012 vaikutusmahdollisuudet oli heikot eikä kuntoutujat olleet saaneet vaikuttaa omaan asumismuotoon tai asumispaikkakuntaan. (Määttä 2012, 72.) Tutkimuksessamme tuli esille, että kuntoutujien vaikutusmahdollisuudet ovat melko hyvät. Vaikutusmahdollisuuksia on lisätty kuuntelemalla mielenterveyskuntoutujien toiveita ja ottamalla huomioon heidän mielipiteensä mahdollisuuksien mukaan. Haasteita mielenterveyskuntoutujien vaikutusmahdollisuuksissa on esimerkiksi asumispalveluiden tarjonta ja taloudelliset paineet. Asumispalveluiden tarjonnalla tarkoitetaan asiakkaan itse tulkitsemaansa terveydentilaa, joka ei välttämättä vasta todellisuutta, jolloin kaikenlaista asumispalvelua ei voida tarjota. Asumispalveluiden paikkatilanne vaikuttaa myös siihen, millaisia vaihtoehtoja voidaan asiakkaalle tarjota. Edelleen kuntoutujien ja heidän läheisten vaikutusmahdollisuuksia tulisi lisätä mielenterveyspalvelujen kehittämistyössä. Määtän (2012, 72) selvityksessä ilmenee, ettei kaikilla kuntoutujilla ole ollut mahdollisuutta käydä tutustumiskäynnillä yksikössä ja sitä kautta vaikuttaa omaan asumista koskeviin ratkaisuihin. Tutkimuksessamme ilmeni että, kuntoutujille tarjotaan mahdollisuudet tutustumiskäynteihin asumisyksiköissä ja tarvittaessa asumiskokeilua.

Asiakkaan osallisuutta voidaan määritellä palveluiden käyttäjien ja asiakkaiden keskeisenä tavoitteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. (Laitila 2010, 7.) Sosiaalihuoltolaissa (L 30.12.2014/1301) 39 § määrätään, että palvelutarpeen arviointia on täydennettävä asiakkaalle laadittavalla asiakassuunnitelmalla tai muulla vastaavalla suunnitelmalla. Suunnitelma on laadittava yhdessä asiakkaan kanssa. 36 § sanotaan, että arviointi tehdään asiakkaan elämäntilanteen mukaisesti yhteistyössä asiakkaan ja tarvittaessa hänen läheisensä sekä muiden toimijoiden kanssa. Asiakkaalle tulee selvittää hänen oikeutensa ja velvollisuutensa, sekä erilaiset vaihtoehdot palvelujen toteuttamisessa ja niiden vaikutuksissa. Arviointia tehtäessä on kunnioitettava asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja hänen toiveitaan ja mielipiteitään. Tutkimuksessa vastaajista puolet koki, että kuntoutujien osallisuus päätösten teossa toteutuu hyvin. Vastauksista tuli kuitenkin ilmi, että osallisuuteen tulisi löytää uusia keinoja. Tähän kuitenkin negatiivisesti vaikuttaa asumispaikkojen paikkatilanne. Vastauksista nousee, että kuntoutujien osallisuutta tulisi edelleen lisätä ja tukea.

Kolmannessa suosituksessa kehoitetaan tukemaan kuntoutujia osallistumisessa ympäröivään yhteiskuntaan ja turvata mahdollisuudet osallistua kuntouttavaan työtai päivätoimintaan ja erilaisiin vapaa-ajan harrastuksiin. Vuonna 2012 selvitykseen osallistuneista kuntoutujista hieman alle puolet ei osallistunut lainkaan vapaa-ajan toimintaan. Tuloksissa nousi esille, että kuntoutujat kaipasivat lisää mielekästä tekemistä ja ystäviä yhteisiin harrastuksiin. Mainittiin myös kulkuyhteyksien puutteellisuus, joka haittasi osallistumista. (Määttä 2012, 73.)

Osallisuuden voi tulkita usealla eri tavalla ja jokainen ihminen tulkitsee sitä omalla tavallaan. Ajalla ja paikalla on merkitystä tulkintaamme, alkuasukasheimolle osallisuus on saattanut olla sadetanssia, taiteilijalle osallisuus voi olla harmaan maiseman keskellä punainen viiva ja koululuokalla voi olla mahdollisuus vaikuttaa luokkaretkiinsä. Osallisuus on demokratiaa, aktiivista kansalaisuutta ja osallistumista. Asu-mispalveluissa se näkyy asukkaan vuorovaikutuksena työntekijöihin, jotka puolestaan pyrkivät osallistamaan asukkaita. Asukas puolestaan asumisella ja vuorovai- kutuksella luo jaettua asiantuntijuutta yhdessä työntekijöiden kanssa, jonka tavoit- teena on asukkaan itsenäinen elämä. Osallistamisella tarkoitetaan keinoja asiak- kaan tukemiseksi, jolloin asiakkaalla on mahdollisuus vaikuttaa yksilö ja yhteisö ta- solla. Ihmistä voidaan kannustaa oman edun lisäksi edistämään myös yhteistä hy- vää. (Ilonen 2014, 6–7.) Ensisijaisesti asiakas päättää itse omista asioistaan ja työn- tekijän tehtävä on tukea aktiivisuutta oman elämän hallinnassa. Kuitenkin hoidossa tarvitaan rajoitteita, ja niiden käyttö pitää perustella hoidollisesti ja läpinäkyvästi. Ammattilaisen tulee olla tietoinen asiakkaiden perustuslaillisesta itsemääräämisoi- keudesta ja miten siihen voi puuttua. (Vuorilehto ym. 2014, 54–56.)

Tutkimuksessamme nousi esille, että avotyötoimintaa on kehitetty yhteistyössä Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen kanssa. Lisäksi nykyään kun- toutujilla on hyvät mahdollisuudet osallistua kodin ulkopuoliseen toimintaan. Vas- taajien mielestä palvelun tuottajille olisi lisää tarvetta, Green Care- toiminta mainittiin esimerkkinä. Heidän mielestään mielenterveyskuntoutujilla on mahdollisuus osallis- tua toimintoihin kuten muillakin kuntalaisilla. Kehittämistä olisi esimerkiksi harras- tusten ja kurssien hintojen kohtuullistamisessa sekä ryhmien koon pitämisessä so- pivana. Vastauksista kävi ilmi, että niin sanottu ”saattaen-vaihtaen” tukeminen voisi toimia useiden mielenterveyskuntoutujien kanssa, sillä kuntoutujalla olisi jatkuva

tuki toimintaan osallistuessa. Haasteena osallistumisessa on edelleen toimintojen keskittyminen kuntakeskuksiin, jolloin kulkeminen hankaloituu pienemmiltä paikkakunnilta. Edelleen tulisi mahdollistaa lähipalvelut ja pitää ne kaikkien saatavilla.

Neljännessä suosituksessa asumisesta ja kuntouttavista palveluista pitäisi muodostaa toiminnallinen kokonaisuus, joka tukee kuntoutujan asumista mahdollisimman itsenäisesti. Sosiaali- ja terveysministeriön (2007, 25) suositusten mukaan asumisyksiköissä asuvilla kuntoutujilla tulee olla oma-asunto tai vähintään oma huone. Vuonna 2012 tehdyssä selvityksessä todettiin, että asumispalveluiden asiakkaila tämä ei toteutunut. (Määttä 2012, 73–74.) Laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (L 22.9.2000/812) 4 § todetaan asiakkaalla olevan oikeus hyvään kohteluun ilman syrjintää tai ihmisarvon loukkaamista sekä hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään tulee kunnioittaa. On myös tärkeää ottaa huomioon asiakkaan toivomukset, mielipide, etu ja yksilölliset tarpeet, sekä hänen äidinkielensä ja kulttuuritaustansa.

Kysyimme, onko tämä parantunut vuoden 2012 jälkeen ja onko vielä parannettavaa? Vastauksien perusteella selvisi, että tilanne on muuttunut vuodesta 2012. Lähes kaikilla kuntoutujilla on oma huone käytössään. Joitakin kahden hengen huoneita on vielä käytössä, mutta näistä pyritään pääsemään eroon. Uusien tilojen rakentaminen ei ole itsestäänselvyys, jolloin taloudelliset ongelmat tuovat haasteita asumispalveluiden järjestämiseen mielenterveyskuntoutujille sopiviksi.

Viidennessä toimenpidesuosituksessa painotetaan suunnitelmien selkeyttämistä, jotta ne palvelevat paremmin asiakkaita ja ovat käyttökelpoisia myös eri toimijoille. Tärkeinä pidetään myös kuntoutujan yksilöllistä arviointia ja hänen tarvitsemiaan palveluita. 2012 tehdyssä selvityksessä nousi esiin erilaisten suunnitelmien laatimiskäytäntöjen olevan kirjavina. Eri toimijoilla on käytössä erilaisia suunnitelmia, eikä kuntoutujat tiedä kunnolla millaisia suunnitelmia on tehty. (Määttä 2012, 75.)

Tutkimuksessamme vastaajat kertoivat, että kuntoutujat ovat mukana palvelu- ja kuntoutussuunnitelman laatimisprosessissa kiitettävästi ja osallistuvat henkilökohtaisesti suunnitelmien laatimiseen. Tämä tarkoittaa sitä, että kuntoutujien mielipiteitä ja toiveita pyritään ottamaan suunnitelmien laatimisprosessissa. Vastauksista nousi esiin, että prosessia on pyritty kehittämään niin, että asiakas, hänen läheisensä ja

palveluiden tuottajat kokoontuvat yhteiseen palaveriin, jonka pohjalta suunnitelmat laaditaan sekä niitä pyritään tarkistamaan säännöllisesti. Vastauksissa mainittiin Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen ohjeistus määrämuotoisesta kirjaamisesta, joka tulee todennäköisesti selkeyttämään suunnitelmia.

Kuntoutuksen tehtävänä tulisi olla kuntoutusvalmiuden kehittäminen ja kuntoutujan auttaminen omaa elämäänsä koskevissa tavoitteiden asettamisessa ja näihin tavoitteisiin pääsemisessä. Kuntoutuksessa yksilö hahmotetaan yhteisön jäsenenä ja tällöin myös kuntoutus kohdistuu yksilön sosiaalisiin rooleihin ja tehtäviin. Kuntoutuksessa pyritään siihen, että kuntoutuja pystyisi omassa elämässään toteuttamaan tärkeinä pitämiään sosiaalisia rooleja, joita ovat esimerkiksi vanhemmat tai työntekijän roolit. Mielenterveyskuntoutuksen tavoitteisiin päästään todennäköisemmin, jos prosessiin osallistuvat eri toimijat kuten, psykiatrisen sairaalan ja avohoidon yksiköt, perusterveydenhuolto ja sosiaalitoimi. (Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 224–225.) Tässä nousee esille kuntoutussuunnitelman tärkeys, joka tukee kuntoutujan kuntoutumista sekä selkiyttää palvelukokonaisuutta kuntoutujalle sekä palveluiden tuottajille yksilöä ajatellen.

Kuudennessa toimenpidesuosituksessa todetaan, että palvelujen arviointia ja valvontaa tulee kehittää, sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon vastuita palveluiden järjestämisestä tulee selkiyttää. Selvityksessä nousi esiin, että eri toimijat tekevät osittain päällekkäistä työtä eivätkä vastuukysymykset ole aina selkeitä kuntoutujan palvelujen osalta. (Määttä 2012, 76.) Tutkimuksemme vastauksissa korostui palvelujen valvonnan tapahtuminen pääasiassa asiakas tapaamisten yhteydessä ja valvonnan vahvistaminen esimerkiksi asiakkailta tulleilla vinkeillä. Nyt valvontaa ja arviointia järjestetään säännöllisesti vuosittain esimerkiksi valvontakäynneillä asumispalveluyksiköissä. Vastaajien mielestä valvontaan tarvittaisiin kuitenkin enemmän resursseja ja palveluiden tuottajien kanssa tulisi tehdä enemmän yhteistyötä. Tärkeänä vastaajat pitivät myös, että arviointia tehtäisiin hoitavan tahon ja yhdessä asiakkaiden ja heidän lähiverkostonsa kanssa.

Tutkimuksemme kyselyssä annoimme mahdollisuuden kertoa mielenterveyskuntoutujien asumispalveluista ja niiden järjestämisestä. Vastauksissa kerrottiin minkälainen palvelu olisi tulevaisuudessa hyvä ja millainen olisi ihanteellinen tilanne. Yhdessä vastauksista nousi esille, että työntekijän näkökulmasta tilanne on hyvä silloin

kun olisi vapaita paikkoja erilaisissa asumisyksiköissä ja asiakkaalle löytyisi aina paras vaihtoehto. Toisessa vastauksessa korostettiin sitä, että pitäisi kiinnittää jatkossa entistä enemmän huomiota kotiin suunnattavan tuen kehittämiseen, joustavuuteen ja yksilölliset tarpeet huomioonottavaan kuntoutukseen, jossa hyödynnettäisiin sosiaalisia yhteisöjä kodinulkopuolella. Kuten vastauksessa sanottiin, paras mahdollinen vaihtoehto olisi silloin, kun vapaita asumispaikkoja löytyisi asiakkaille ja erilaisia palveluita olisi riittävästi jokaiselle. Tämä ei kuitenkaan ole täysin mahdollista, sillä uusia asiakkaita tulee jatkuvasti palveluiden piiriin ja eri tasoista asumispalvelua vaaditaan jatkuvasti.

Lopuksi vastaamme tutkimuskysymyksiimme.

- Ovatko vuonna 2012 laaditut toimenpidesuosituksukset toteutuneet?

2012 laaditut toimenpidesuosituksukset ovat toteutuneet osittain. Kaikissa suosituksissa on tapahtunut muutosta parempaan. Mielenterveyskuntoutujien omaa asumista on saatu lisättyä, sekä kuntoutujia kuullaan ja huomioidaan enemmän koskien omaa asumista ja asumispalveluiden järjestämistä.

- Miten toimenpidesuosituksia on toteutettu?

Toimenpidesuosituksia on toteutettu siirtymällä kevyempien asumispalveluiden piiriin sekä perustettu kotihoitotiimi. Kodinulkopuolista toimintaa on myös kehitetty kuntoutujille mieluisammaksi osallistua. Palvelu- ja kuntoutussuunnitelmien laatimisprosessia on kehitetty, enää ei tehdä niin sanottuja ikuisuussuunnitelmia.

- Mitä kehitettävää mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa Lesti- ja Perhonjokilaakson kunnissa vielä on?

Kehitettävää on asiakkaiden kuulemisessa ja osallisuuden tukemisessa. Kuntoutujia tulisi kuulla enemmän omia asumisratkaisuja koskevista asioista. Kehitettävää on asumispalveluiden tila-asioissa sekä asumispalveluiden saatavuudessa. Mielenterveyskuntoutujien avotyötoimintaa tulisi kehittää ja palvelun tuottajia lisätä. Palvelujen valvontaan tarvittaisiin enemmän resursseja sekä arviointia tulisi tehdä yhteistyössä hoitavan tahon ja asiakkaan kanssa.

- Mitä haasteita mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden kehittämisessä on?

Haasteita on tuonut palvelurakenteiden muutokset. Taloudelliset kysymykset ja ruuhkat asumispalveluissa ovat myös tuoneet omanlaista haastetta mielenterveyskuntoutujien kuntoutumispalveluiden järjestämiseen. Toimintojen keskittyminen kuntakeskuksiin vaikeuttaa mielenterveyskuntoutujien osallistamista. Tutkimuksessa selvisi myös, että resurssien puute mielenterveyspalveluissa tuo haasteet kuntoutujien tukemiseen.

9 POHDINTA

Mielenterveyskuntoutujien palveluita tulee tarkastella eri näkökulmista säännöllisesti, koska mielenterveyskuntoutujilla ei välttämättä ole osaamista tai riittäviä keinoja palautteen antamiseksi. Palveluiden tarkastelu on tärkeää myös siksi, että palveluiden tarpeet muuttuvat jatkuvasti yhteiskunnan ja ympäristön muutosten vuoksi. Sosiaalialan ammattilaisen eettiseen osaamiseen kuuluu osata asettua yhteiskunnalliselta asemaltaan haavoittuvassa asemassa olevien yksilöiden ja ryhmien puolelle.

Tämän tutkimuksen myötä saadaan ajankohtaista tietoa mielenterveyskuntoutujien asumisesta Lesti- ja Perhonjokilaakson kunnissa. Tämä tutkimus myös kertoo kehitettävät kohdat mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa ja vapaa-ajan mahdollisuuksista. Tutkimuksestamme on hyötyä palvelun tuottajille, työntekijöille, sekä ennen kaikkea mielenterveyskuntoutujille. Tutkimuksen myötä esiin tulleet asumispalveluiden kehittämisen haasteet ja kehittämisen kohdat on helpompi ottaa tarkastelun alle ja kehittää palveluita näiden avulla. Sosiaalialan kompetensseihin kuuluu tutkimuksellinen kehittämis- ja innovaatio-osaaminen, jossa painotetaan sosionomin osaamista tuottaa ja arvioida tietoa hyvinvoinnin edistämiseksi. Tutkimuksemme myötä, mielenterveyskuntoutujien hyvinvointia voidaan parantaa.

Opinnäytetyöprosessimme alkoi alkuvuonna 2017 opinnäytetyön suunnitelman esittämällä ja tutkimusluvan hakemisella. Huhti-toukokuun aikana keräsimme tutkimuksemme empiirisen aineiston, jonka jälkeen analysoimme ja nostimme tärkeimmät tulokset kyselyistä esille. Kesäkuun alussa esittelimme tutkimustulokset Kokkolassa Aspa-säätiön Kokkolan ja Kruunupyyn selvitysprojektin julkaisutilaisuudessa. Syksyllä ryhdyimme kirjoittamaan teoriaosuutta, joka valmistui nopealla tahdilla. Opinnäytetyömme aloitimme ajallisesti riittävän aikaisin ja saimme empiirisen aineiston ja tutkimuksellisen osuuden työssämme hyvälle mallille jo ennen kesää. Kuitenkin kesällä opinnäytteen edistymistä haittasi asuminen eri paikkakunnilla sekä työkiireet. Teoriaosuuden kirjoittaminen jäi syksyille viime tippaan, kuitenkin teoriaosuus työssämme on laaja ja riittävä. Työmme loppukiireitä olisi helpottanut, jos olisimme jakaneet työmäärää tasaisesti koko vuodelle. Yleensä tutkimuksissa ensin

toteutetaan teoriaosuus, kuitenkin työmme on aloitettu empiirisen osuuden tekemisellä. Opinnäytetyössämme tämä järjestys on ollut looginen ja tukenut opinnäytteen valmistumista.

Tutkimuksestamme voisi tehdä jatkotutkimuksen niin, että haastateltaisiinkin alueen mielenterveyskuntoutujia ja selvitettäisiin heidän mielipiteensä tämän hetken palveluista. Tutkimuksen ongelmaksi voisi muodostua kuitenkin se, että asiakkaat alueella olisivat vaihtuneet ja samat asiakkaat eivät olisi tutkimukseen vastaamassa. Tämä voisi myös olla tutkimuksellisesti myös hyvä asia, sillä asiakkaat eivät vertaisisi heti 2012 tilanteeseen. Mielestämme myös hyvä jatkotutkimusaihe olisi, että tämä samainen tutkimus tehdään muutaman vuoden kuluttua uudelleen, jotta vuoden alussa aloittaneen Soiten, eli Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalouden kehittäminen on muodostanut viralliset käytännöt ja muodostunut aloilleen.

LÄHTEET

- Aaltola, J. & Valli, R. 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 2. Painos. Juva: WS Bookwell Oy.
- Alasuutari, P. 2001. Laadullinen tutkimus. 3. Painos. Jyväskylä: Tekstivalmistus Vastapaino.
- Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M. & Gagne, C. 2002. Psychiatric Rehabilitation, 2nd. Edition. Center for Psychiatric Rehabilitation, Sargent College of Health and Rehabilitation services, Boston University, Boston.
- Aspa-säätiö. Ei päiväystä. Selvitysprojektit auttavat parantamaan asumista. [Verkkosivu]. Asumispalvelusäätiö Aspa. [Viitattu 23.10.2017]. Saatavana: <https://www.aspa.fi/fi/miten-kehitämme/selvitysprojektit-auttavat-parantamaan-asumista>
- Aspa-säätiö. Ei päiväystä. Tämä on Aspa. [Verkkosivusto]. [Viitattu 24.10.2017]. Saatavana: <https://www.aspa.fi/fi/aspa/t%C3%A4m%C3%A4-aspa>
- Block, J. & Jäppinen, H. 2013. Nuorten aikuisten mielenterveyskuntoutujien palveluasumisen sisältö. Opinnäytetyö. [Verkkojulkaisu]. Laurea-ammattikorkeakoulu. [Viitattu 23.10.2017]. Saatavana: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/64090/Nuorten%20aikuisten%20mielenterveyskuntoutujien%20palveluasumisen%20sisalto.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Creek, J. 2004. Occupational therapy; new perspectives. London: Whurr Publishers Ltd.
- Eväsoja, J. 2017. Selvitys mielenterveyskuntoutujien asumisesta Kokkolassa ja Kruunupyssä. [Verkkojulkaisu]. Aspa-säätiö. [Viitattu 26.9.2017]. Saatavana: <https://www.aspa.fi/sites/default/files/Selvitys%20mielenterveyskuntoutujien%20asumisesta%20Kruunupyss%C3%A4%20ja%20Kokkolassa%20%28ID%2048364%29.pdf>
- Granfelt, R. 2013. Paikka asua ja elää? Näkökulmia asunnottomuuteen ja asumispalveluihin. Tampere: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Hassinen, J. (toim.), Pekkala, T., Marniemi, J., Ylinampa, M., Mononen, A., Hilpinen, K., Kokkonen, K., Heikkuri, M., Takkunen, H & Takkunen, U-M. 2005. Työ- ja yksilövalmennuksen käytäntöjä; Näkökulmia 2000 –luvun työpajojen palveluihin. 2. Painos. Helsinki: Valtakunnallinen työpajayhdistys ry.
- Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2010. Mieli ja terveys. 1.-3. Painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.

- Helminen, M. & Kauttu, K. 1998. Ajankuvia mielenterveydestä: Mielenterveys-lehti aikansa tulkkina 1928-1995. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.
- Hietaharju, P. & Nuuttila, M. Käytännön mielenterveystyö. 2010. Latvia: Kustannusosakeyhtiö Tammi, Livonia Print.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 18. Painos. Porvoo: Bookwell Oy.
- Huttunen, M. 27.11.2015. Mitä ovat psykoottiset tilat? [Verkkosivu]. Terveyskirjasto. [Viitattu 3.11.2017]. Saatavana: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00025
- Hyväri, S. 2013. Paikka asua ja elää? Näkökulmia asunnottomuuteen ja asumispalveluihin. Tampere: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Infopankki. Päivitetty 3.4.2017. Tuki – ja palveluasuminen. [Verkkosivu]. Helsingin kaupunki. [Viitattu 22.10.2017]. Saatavana: <http://www.infopankki.fi/fi/elamu-suomessa/asuminen/tuki-ja-palveluasuminen>
- Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry. Ei päiväystä. Kuntoutuspalveluja mielenterveysasiakkaille. [Verkkosivu]. Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry. [Viitattu 23.10.2017]. Saatavana: <http://www.kpspy.fi/index.php?id=1>
- Kokkotyö-säätiö. Ei päiväystä. Toiminta. [Verkkosivu]. Kokkola: Kokkotyö-säätiö. [Viitattu 19.10.2017]. Saatavana: <https://www.kokkotyo.fi/about/foundation/>
- Kortelainen, N. & Perjus, K. 2011. Mielenterveyskuntoutujien kokemuksia asumistyytyväisyydestä Jansson –kodissa. Opinnäytetyö. [Verkkojulkaisu]. Vaasan ammattikorkeakoulu. [Viitattu 23.10.2017]. Saatavana: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/28110/Kortelainen_Nea_Perjus_Kirsi.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Koskisuus, J. 2004. Eri teitä perille; Mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2012. Mielenterveyshoitotyö. 1.-2. Painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- L 28.1.1972/66 Kansanterveyslaki.
- L 28.12.2012/980 Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista.
- L 22.9.2000/812. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista.

L 14.12.1990/1116. Mielenterveyslaki.

L 11.6.1999/731. Perustuslaki.

L.4.7.1963/364. Sairasvakuutuslaki.

L 30.12.2014/1301 Sosiaalihuoltolaki.

L 30.12.2010/1326 Terveystalolaki.

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys – ja päihdetyössä: fenomenografinen lähestymistapa. Kuopio: Kopijyvä Oy.

Lavikainen, J., Lahtinen, E. & Lehtinen V. 2004. Mielenterveystyö Euroopassa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä: 17. Helsinki 2004. [Viitattu 26.9.2017]. Saatavana: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111124/Selv200417.pdf?sequence>

Mielenterveyden keskusliitto. Ei päiväystä. Käsitteitä mielenterveydestä. [Verkkosivu]. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto. [Viitattu 9.10.2017]. Saatavana: <http://mtkl.fi/tietoa-mielenterveydesta/kasitteita-mielenterveydesta/>

Mielenterveysseura. Ei päiväystä. Mitä mielenterveys on? [Verkkosivu]. Mielenterveysseura. [Viitattu 9.10.2017]. Saatavana: <https://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveysseura/organisaatio-ja-toiminta/strategia/mit%C3%A4-mielenterveys>

Mielenterveystalo. Ei päiväystä. Asuminen. [Verkkosivu]. [Viitattu 21.10.2017]. Saatavana: <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/asuminen.aspx>

Mielenterveystalo. Ei päiväystä. Psykoedukaatio. [Verkkosivu]. Mielenterveystalo. [Viitattu 3.11.2017]. Saatavana: <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/oireenhallinta.aspx>

Mikeva. 2017. Kuntoutus – ja asumispalvelut mielenterveys – ja päihdekuntoutujille. [Verkkosivu] [Viitattu 24.10.2017]. Saatavana: <http://mikeva.fi/palvelut/mielenterveys-ja-paihdekuntoutujille/>

Määttä, J. 2012. Selvitys mielenterveyskuntoutujien asumisesta Lesti – ja Perhonjokilaakson kunnissa. Aspa-säätiö.

Nurminen, J. & Jatkola, V. 2009. Lääkinnällinen kuntoutus; Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 193/2009. Helsinki: Edita Prima Oy. [Viitattu 17.10.2017]. Saatavana: https://www.vtv.fi/fi-les/1837/1932009_Laakinnallinen_kuntoutus_netti.pdf

- Räsänen, P., Anttila, A.-H. & Melin, H. 2005. Tutkimusmenetelmien pyörteissä. Sosiaalitutkimuksen lähtökohdat ja valinnat. Juva: WS Bookwell Oy.
- Salo-Chydenius, S. (toim.), Holvikivi, J., Valvanne-Tommila, H. & Tiihonen, P. 1997. Toimintaterapia mielenterveystyössä. 2. Painos. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Asumista ja kuntoutusta: Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskea kehittämissuositus. Julkaisu 2007:13. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Ei päiväystä. Asumispalvelut ja asunnon muutostyöt. [Verkkosivu]. [Viitattu 19.10.2017]. Saatavana: <http://stm.fi/asumispalvelut-asunnon-muutostyot>
- Sosiaali- ja terveystaloustieteen tutkimuskeskus Soite. Ei päiväystä. Mielenterveyskuntoutujien asumis – ja tukipalvelut. [Verkkosivusto]. [Viitattu 24.10.2017]. Saatavana: http://www.soite.fi/sivu/mielenterveyskuntoutujien_asumis_ja_tukipalv
- Sosiaali- ja terveystaloustieteen tutkimuskeskus Soite. Ei päiväystä. Tehostetun palveluasumisen ja laitoshoidon kriteerit 1.2.2017 alkaen. [Verkkosivusto]. [Viitattu 22.10.2017]. Saatavana: http://www.soite.fi/sivu/media/Tehostetun_palveluasumisen_ja_laitoshoidon_kriteerit.pdf/format-pdf
- Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia ry. 2013. Arki, arvot, elämä, etiikka. Sosiaalialan ammattilaisen eettiset ohjeet. 6. Painos. Helsinki: Ammattieettinen lautakunta.
- Suomen Dialektisen käyttäytymisterapian yhdistys ry. 2015. Mitä on Dialektinen käyttäytymisterapia? [Verkkosivusto]. Suomen Dialektisen käyttäytymisterapian yhdistys. [Viitattu 3.11.2017]. Saatavana: <http://www.dialektinenkayttaytymisterapia.fi/>
- Taajamaa, B., Tamminen, T., Pylkkänen, K., Rechardt, M. & Saarinen, P. 2010. Psykoterapiat. Hämeenlinna: Recallmed oy.
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2016. Sosiaalipalvelujen toimintatiedot – tiedonkeruu ohjeet 2016. [Verkkosivusto]. [Viitattu 19.10.2017]. Saatavana: http://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/lomakkeet/2017_01_13_ohje_fi.pdf
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 30.9.2014. Mielen hyvinvointi. [Verkkosivu]. Helsinki: Terveiden – ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 9.10.2017]. Saatavana: <https://www.thl.fi/fi/web/terveyden-edistaminen/toimijat/terveyden-edistamisen-eri-toimialoilla/terveyden-ja-hyvinvoinnin-edistaminen-ammattillisessa-koulutuksessa/mielen-hyvinvointi>
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 17.5.2017. Elintavat ja mielenterveyshäiriöt. [Verkkosivu]. [Viitattu 24.10.2017]. Saatavana:

<https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/elintavat-ja-mielen-terveyshairiot>

Turtonen J. 2006. Mielenterveysongelmat. Mistä apua? Jyväskylä: Minerva Kustannus.

Vuorilehto, M., Larri, T., Kurki, M. & Hätönen, H. 2014. Uudistuva mielenterveys-työ. Helsinki: Edita Prima Oy.

World Health Organization Europe (WHO). 2008. Policies and practices for mental health in Europe – meeting the challenges. [Verkkosivusto]. Denmark: WHO Regional Office for Europe. [Viitattu 26.9.2017]. Saatavana: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732.pdf

World Health Organization. Päivitetty 8/2014. Mental Health: a state of well-being. [Verkkosivusto]. WHO. [Viitattu 9.10.2017]. Saatavana: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

LIITTEET

Liite 1. Tutkimuslupa

Liite 2. Saatekirje

Liite 3. Kyselylomake

Liite 1. Tutkimuslupa

kiuru
Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoito- ja peruspalvelukuntayhtymä
Mellersta Österbottens samkommun för specialsjukvård och grundservice

**KESKI-POHJANMAAN SAIRAANHOITOPIIRI
TUTKIMUSLUPA-ANOMUS**

Hakijan nimi Tiia Hakkariinen Hakijan nimi Krista Sippola

Tutkimuksen ohjaajan nimi ja yhteystiedot
Johanna Eräsola

Tutkimuksen nimi
Selvityksen päivitys kesti- ja Pernajokilaaksossa tehdystä mielenterveyskuntoutujien asumista ja asumispalveluita koskevasta projektista.

Tutkimuksen tarkoitus Tarkoituksena tehdä päivitys jo ennalta tehdystä mielenterveyskuntoutujien asumismahdollisuuksista. Haastattelemme kyselyllä alueella toimivia viranhaltijoita ja tutkia onko selvityksen perusteella tehty muutoksia mielenterveyskuntoutujien asumiseen.

Tutkimuksen tavoitteet Saada ajankohtaista tietoa mielenterveyskuntoutujien asumisesta ja asumispalveluista kesti- ja Pernajokilaaksossa kunnissa, sekä selvittää onko vuonna 2012 selvityksessä tehty toimenpidesuositukset toteutuneet ja onko asumispalveluita kehitetty.

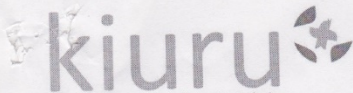
Tutkimustehtävät Selvittää mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa tehtyt muutokset viimeisen vuoden aikana. Selvittää mitä asioita tulisi vielä kehittää toimenpidesuositusten mukaan.

Aineistonkeruu ja analyysi Aineiston keruu tapahtuu webropolin kautta tehdyllä kyselyllä viranhaltijoille. Vastauksien perusteella analysoidaan tulokset. Tulokset esitetään 9.6.2017 Kokkolassa.

Paikka Seinäjoki Päiväys 9.3.2017

Tiia Hakkariinen
Hakijan allekirjoitus:

Krista Sippola
Hakijan allekirjoitus



Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoido-
ja peruspalvelukuntayhtymä
Mellersta Österbottens samkommun för
specialsjukvård och grundservice

Liitteet

- 1) ☒ Tutkimussuunnitelma
- 2) ☒ Kysely/haastattelulomake
- 3) ☒ Tiedote tutkimukseen osallistujalle
- 4) ☐ Tutkimukseen osallistuvan suostumuslomake (mikäli tutkimukseen osallistuu potilaita)

LUVAN MYÖNTÄMINEN

Päiväys 7.4.2017

Lupa myönnetty ☒

Lupaa ei myönnetty ☐

Perustelut

KESKI-POHJANMAAN ERIKOISSAIRAANHOITO- JA
PERUSPALVELUKUNTAYHTYMÄ

Tanja Oikarinen-Nybacka *Tanja Oikarinen-Nybacka*
Johtajaylilääkäri Sosiaalijohtaja

Tiedoksi:

Liite 2. Saatekirje

SAATEKIRJE

5.4.2017

Heil

Olemme kaksi sosionomiopiskelijaa Seinäjoen Ammattikorkeakoulusta. Olemme tekemässä päivitystä vuonna 2012 tehtyyn selvitykseen mielenterveyskuntoutujien asumista, sekä asumispalveluita koskien Lesti – ja Perhonjokilaakson alueella.

Tarkoituksenamme on selvittää, onko silloin tehtyjen toimenpidesuosittelujen pohjalta tehty muutoksia. Toivomme, että arvioit ajanjaksoa 2012-2017 tähän päivään saakka. Nykyisin palveluita organisoii Soite, mutta tarkoitus on tarkastella palveluita Lesti – ja Perhonjokilaakson kuntien näkökulmasta.

Tutkimus tehdään kyselylomakkeella webropolissa, johon vastaavat alueella asuvien mielenterveyskuntoutujien kanssa työskentelevät viranhaltijat. Linkki toimitetaan teille viikon 15 alussa.

Päädyimme haastattelemaan viranhaltijoita, sillä 2012 tehtyyn selvitykseen haastateltavia mielenterveyskuntoutujia emme voi tavoittaa anonyymien vuoksi.

Alta voit lukea vuonna 2012 tehdyt toimenpidesuosittelut. Luethan ne tarkasti, sillä ne ovat tärkeä pohja tutkimuksellemme.

Toimenpidesuosittelut:

- Asumisen painopiste siirretään tavallisiin asuntoihin. Kotona asumista tuetaan yksilöllisillä avopalveluilla.
- Kuntoutujien vaikutusmahdollisuuksia omaa asumista ja palveluita koskevissa ratkaisuissa lisätään.
- Kuntoutujille tulee olla tarjolla erilaista kodin ulkopuolista toimintaa ja tukea siihen osallistumiseen.
- Asumisratkaisujen tulee olla kuntoutumista tukevia ja laatusuosittelun mukaisia.
- Palvelu- ja kuntoutussuunnitelmien laatimista selkeytetään ja niiden laatimiseen luodaan yhdenmukaiset käytännöt.
- Palvelujen suunnitelmallista järjestämistä, valvontaa ja arviointia kehitetään.

Tulokset tullaan esittämään anonyymisti, joten voit vastata kyselyyn totuudenmukaisesti. Tutkimustulokset tullaan esittelemään 9.6 Kokkolassa.

Palautukset 30.4.2017 mennessä. Jos tulee jotain kysyttävää, voit ottaa yhteyttä sähköpostitse tai puhelimitse.

Suuret kiitokset vastauksestasi!

Terveisin; Krista Sippola & Tiia Hakkarainen

etunimi.sukunimi@seamk.fi

0400483265 Krista / 0504635138 Tiia

Liite 3. Kyselylomake

KYSELY

1. Mikä on ammattinimikkeesi?

2. Kauanko olet työskennellyt nykyisessä työpaikassasi? Olitko tässä samassa työssä myös Jyta-alueen selvityksen aikoihin vuonna 2011-2012?

3. Kauanko olet työskennellyt mielenterveyskuntoutujien kanssa?

Toimenpidesuositus: Asumisen painopistettä siirretään tavallisiin asuntoihin. Kotona asumista tuetaan yksilöllisillä avopalveluilla. Miten tämä suositus on toteutunut mielestäsi?

- 1) **Erittäin huonosti** 2) **huonosti** 3) **tydyttävästi** 4) **hyvin** 5) **erittäin hyvin**

4. Miten Jyta-alueen mielenterveyskuntoutujien palveluasuminen toteutuu? Painottuuko asumispalveluissa erityisesti tehostettu palveluasuminen, palveluasuminen tai tuettu asuminen?

5. Onko asumisen painopistettä onnistuttu siirtämään tavallisiin asuntoihin vuoden 2012 jälkeen? Kerro esimerkkejä, mikä on onnistunut tai ei ole onnistunut.

6. Miten kotihoitoa, kotikuntoutusta ja intervalliasumista on kehitetty vastaamaan kuntoutujien tarpeisiin? Mitä muutoksia on tehty vuoden 2012 jälkeen?

Toimenpidesuositus: Kuntoutujien vaikutusmahdollisuuksia omaa asumista ja palveluita koskevissa ratkaisuissa lisätään. Miten tämä on mielestäsi toteutunut?

1) Erittäin huonosti 2) huonosti 3) tyydyttävästi 4) hyvin 5) erittäin hyvin

7. Miten kuntoutujien vaikutusmahdollisuuksia omaa asumista ja palveluja koskevilla ratkaisuisilla on lisätty?

a. Millaiset ovat keskimäärin kuntoutujan vaikutusmahdollisuudet seuraaviin omaa asumistaan koskeviin asioihin? Valitse sopivin vaihtoehto. (1. Erittäin huonot, 2. Huonot, 3. Kohtalaiset, 4. Hyvät, 5. Erittäin hyvät)

i. Omaa asumista ja palveluita koskevilla asioilla

ii. asuinpaikkakunnan ja asumismuodon valinnassa

iii. tarjoamalla mahdollisuus tutustumiskäyntiin asumisyksikössä ja tarvittaessa asumiskokeiluun

iv. palvelu- ja kuntoutussuunnitelman päivittämisessä siten, että kuntoutujalla itsellään on mahdollisuus esittää suunnitelmien päivittämistä

v. asumisyksikön sisällä omaan kuntoutumiseen ja yksikön toimintaan liittyen

vi. kuntoutujia ja heidän omaisiaan tulee kuulla myös laajemmalla alueella mielenterveyspalvelujen kehittämistyössä

b. Koetko että kuntoutujien osallisuutta päätösten teossa tulisi edelleen lisätä? Miten kuntoutujien osallisuutta päätösten teossa voisi lisätä?

8. Miten asiakaslähtöisyys toteutuu asumisyksiköissä? Kerro muutama esimerkki.

Toimenpidesuositus: Kuntoutujille tulee olla tarjolla erilaista kodin ulkopuolista toimintaa ja tukea siihen osallistumiseen. Miten tämä on mielestäsi toteutunut?

- 1) Erittäin huonosti 2) huonosti 3) tyydyttävästi 4) hyvin 5) erittäin hyvin**

9. Miten mielenterveyskuntoutujien avopalveluita, kuten avotyötoimintaa on kehitetty viimeisen viiden vuoden aikana? Miten sitä voisi vielä kehittää?

10. Minkälaiset mahdollisuudet kuntoutujilla on osallistua kodin ulkopuoliseen toimintaan Jyväskylä-alueella? Esim. Harrastukset ja vapaa-ajantoiminta.

a. Miten osallistumismahdollisuuksia voitaisiin lisätä?

b. Onko kodin ulkopuolella järjestettyä toimintaa mielestäsi tarpeeksi?

11. Millaiset mahdollisuudet mielenterveyskuntoutujilla on osallistua yhteiskunnalliseen toimintaan, esimerkiksi kuntouttavaan työ- tai päivätoimintaan tai erilaisiin vapaa-ajan harrastuksiin, kuntoutujan vointi ja toimintakyky huomioiden?

Toimenpidesuositus: Asumisratkaisujen tulee olla kuntoutumista tukevia ja laatusuositusten mukaisia. Toteutuuko tämä?

1) Erittäin huonosti 2) huonosti 3) tyydyttävästi 4) hyvin 5) erittäin hyvin

12. Miten asumispalvelut tukevat asiakkaan kuntoutumista?

Hyvin X, Melko hyvin X, En tiedä X, Kohtalaisesti X, Huonosti X

a. Miten palveluita voidaan vielä kehittää?

13. Sosiaali- ja terveysministeriön suositusten mukaan asumisyksiköissä asuvilla kuntoutujilla tulee olla oma asunto tai vähintään oma huone. Vuonna 2012 tehdyssä selvityksessä todettiin, että asumispalveluiden asiakkailla tämä ei toteutunut. Onko tämä parantunut vuoden 2012 jälkeen? Onko vielä parannettavaa?

14. Miten STM:n muut laatusuositukset esim. asumista tukevien palvelujen ja asukkaiden yksityisyyden kannalta toteutuvat mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa?

15. Onko laatusuositusten toteutumisessa mielestäsi vielä jotakin kehitettävää? Jos on, niin mitä?

Toimenpidesuositus: Palvelu- ja kuntoutussuunnitelmien laatimista selkeytetään ja niiden laatimiseen luodaan yhdenmukaiset käytännöt. Miten tämä on mielestäsi toteutunut?

1) Erittäin huonosti 2) huonosti 3) tyydyttävästi 4) hyvin 5) erittäin hyvin

16. Millainen on palvelu- ja kuntoutussuunnitelman laatimisprosessi?

a. Miten kuntoutuja on prosessissa mukana?

17. Onko Palvelu- ja kuntoutussuunnitelma mielestäsi selkeä? Jos ei, miten sitä voisi selkeyttää?

Toimenpidesuositus: Palvelujen suunnitelmallista järjestämistä, valvontaa ja arviointia kehitetään. Miten tämä on mielestäsi toteutunut?

1) Erittäin huonosti 2) huonosti 3) tyydyttävästi 4) hyvin 5) erittäin hyvin

18. Miten mielenterveyskuntoutujien asumispalveluita arvioidaan ja valvotaan?

a. Miten kehittäisit arviointia ja valvontaa jatkossa?

19. Jos haluat kertoa vielä jotakin mielenterveyskuntoutujien asumispalveluista ja niiden järjestämisestä, voit kertoa sen tähän. Arvostamme kaikkea saamaamme tietoa.

KIITOS VASTAUKSESTASI!